

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**Katedra pedagogiky**

## **Disertační práce**

**DIDAKTIKA KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVY STUDENTŮ  
VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ**

**2016**

**PhDr. ŠÁRKA TOMOVÁ**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**Katedra pedagogiky**

**Pedagogika**

## **Disertační práce**

**DIDAKTIKA KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVY STUDENTŮ  
VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ**

**DIDACTICS OF COMMUNICATION TRAINING OF  
STUDENTS OF GENERAL MEDICINE**

**Školitel: doc. PhDr. Josef Valenta, CSc.**

**PRAHA, 2016**

**PhDr. ŠÁRKA TOMOVÁ**

## **Abstrakt**

Cílem disertační práce bylo zjistit kvalitu komunikační přípravy lékařů v pregraduálním vzdělávání. Dílčí cíle byly zaměřeny na analýzu současného stavu komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství, na zjištění vlivu komunikační přípravy na míru rozvoje komunikačních dovedností aktivního naslouchání a předávání informací. Posledním stanoveným cílem bylo strukturovat formulář sledovaných vybraných dovedností jako přínosného prvku ve výuce komunikace lékařů. K dosažení stanovených cílů bylo využito několika fází výzkumu. V první fázi byl zadán respondentům nestandardizovaný dotazník, zjišťující míru jejich osobního komunikačního indexu. Ve druhé fázi výzkumu bylo provedeno pozorování vybraných komunikačních dovedností studentů. Z komunikačních simulovaných situací byl proveden u každého studenta videozáznam, který sloužil jako zpětná vazba při analýze komunikačních výstupů jednotlivce.

První i druhá fáze výzkumného šetření proběhly v jednotlivých akademických letech v období od roku 2010 až do roku 2015. Výzkumný soubor pro první fázi výzkumu (dotazníkové šetření) tvořili studenti prvních ročníků magisterského studijního programu Všeobecného lékařství v prezenční formě studia na 2. LF UK ve zmíněném období. Vzhledem ke způsobu distribuce dotazníků bylo získáno 745 odpovědí. Druhá část výzkumu (pozorování) probíhala rovněž v období akademických let 2010 - 2015. Celkem bylo provedeno 102 videozáznamů komunikačních dovedností se zaměřením na dovednost aktivního naslouchání a dovednost předávání informací.

Závěry výzkumného šetření prokázaly pomocí užitých metod statisticky významný rozdíl mezi úrovní komunikačních dovedností před a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ na 2. LF UK s časovou dotací 20 vyučovacích hodin. Významným se jeví i posun osobního komunikačního indexu každého studenta, absolvujícího výuku povinného předmětu Ošetřovatelství, avšak není prokázán statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými vyučovanými ročníky.

## **Klíčová slova**

Aktivní naslouchání; Didaktika; Komunikace; Předávání informací; Videotrénink interakcí; Výukové metody.

## **The Abstract**

The goal of this dissertation was to find out the quality of a communication training of the doctors in the undergraduate education. The sectional goals were focused on the analysis of a present state of communication training of the medical students, but also on determining the effect of communication training on development of communication skills of active listening and sharing the information. The last set goal was to create an ask-sheet of specific chosen skills as a beneficial element in a communication training of the doctors. For reaching the chosen goals, we have used several phases of a research. In the first phase, we gave to our respondents non-standardized ask-sheet, which was made to determine the level of their personal communication index. In the second phase of our research, we observed several chosen communication skills of the students. We took a video during every single simulated situations of the students' communication, which we used as a feed-back for the analysis of each performance.

The first and second research phase took place between 2010 and 2015. The research team for the first phase was composed by the freshmen of Master study program of General Medicine in a present form at 2nd Medical Faculty of Charles University (2. LF UK) in years 2010 - 2015. I have received 745 answers. The second part of a research also took place in years 2010 – 2015. Altogether, we have recorder 102 videos of communication skills focused on active listening and sharing the information.

Thanks to the used methods, the conclusions of the research prove a statistic difference between the level before and after the lessons of an optional subject “Communication skills” at the 2nd Medical Faculty of Charles University and University Hospital Motol with a time allocation of 20 lessons. We can also point out another important element – higher level of each student's communication index after the communication lessons, however we can't prove the statistically big difference between taught grades.

## **Keywords**

Active listening; Didactics; Communications; Transmission of information; Videotraining interaction; Teaching methods.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „*Didaktika komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství*“ vypracovala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze

.....  
Podpis autorky práce

## **Poděkování**

Děkuji mému školiteli, panu Doc. PhDr. Josefu Valentovi, CSc. za laskavé vedení, cenné odborné konzultace, vzácné a podnětné chvíle rozhovorů a pocit opory, MUDr. Lubomíru Štěpánkovi za nadhled a inspiraci. Děkuji své rodině za trpělivost a respekt, podporu a naslouchání. Poděkování patří i všem respondentům za upřímnost a trpělivost při vyplňování dotazníků.

# OBSAH

## ÚVOD

1	CHARAKTERISTIKA TERCIÁRNÍHO STUPNĚ VZDĚLÁVÁNÍ .....	12
1.1	Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání Q-Ram .....	13
2	OBECNÉ POJETÍ KOMUNIKACE .....	15
2.1	Významné mezníky komunikace ve vztahu k medicíně .....	15
2.2	Obsahová složitost pojmu komunikace.....	16
2.3	Funkce komunikace .....	17
2.4	Kontextové atributy a modality komunikace .....	19
2.5	Funkce komunikace ve vztahu lékař pacient .....	21
3	VÝCHODISKA KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVY LÉKAŘŮ.....	24
3.1	Kritéria hodnocení komunikace lékařů .....	24
3.2	Maastrichtský komunikační systém .....	29
4	DIDAKTIKA KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVY LÉKAŘŮ.....	31
4.1	Vývoj didaktického myšlení .....	31
4.2	Předmět a pojmová struktura didaktiky .....	34
4.3	Didaktické principy ve výuce komunikace lékařů .....	37
4.4	Požadavky na studijní program všeobecného lékařství ve vztahu k rozvoji komunikačních dovedností lékařů.....	40
5	VÝUKOVÁ METODA JAKO DIDAKTICKÝ PRVEK .....	43
5.1	Význam výukových metod .....	43
5.2	Funkce výukových metod .....	45
5.3	Klasifikace výukových metod.....	45
6	VYBRANÉ VÝUKOVÉ METODY V KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVĚ LÉKAŘŮ ....	48
6.1	Vybrané monologické metody a jejich užití ve výuce komunikace .....	48
6.2	Metody práce s textovým materiálem a jejich užití ve výuce komunikace .....	49
6.3	Vybrané dialogické metody a jejich užití ve výuce komunikace.....	49
6.4	Vybrané kombinované metody a jejich užití ve výuce komunikace.....	51
6.5	Vybrané aktivizující metody a jejich užití ve výuce komunikace .....	52
6.6	Video jako prostředek rozvoje komunikačních dovedností .....	55
6.7	Videotrénink interakcí na 2. LF UK .....	59
7	PROBLÉM VÝZKUMU .....	62
7.1	Cíle výzkumu .....	62
7.2	Hypotézy výzkumu .....	62
7.3	Metodika a metody výzkumu.....	63
7.4	Charakteristika zkoumaného souboru .....	66
7.5	Charakteristika statistické analýzy výzkumu .....	66

7.5.1	<i>Preprocessing a processing dat</i> .....	67
7.5.2	<i>Exploratorní analýza dat (EDA)</i> .....	67
7.5.3	<i>Popisná statistika</i> .....	67
7.5.4	<i>Analýza rozptylu (ANOVA)</i> .....	68
7.5.5	<i>Cronbachovo alfa</i> .....	69
7.5.6	<i>Shluková analýza</i> .....	69
8	ANALÝZA VÝSLEDKŮ A JEJICH INTERPRETACE .....	71
8.1	Výsledky úrovně komunikačních dovedností z videozáznamů .....	71
8.1.1	<i>Komunikační dovednosti IA: Aktivní naslouchání - verbální stránka</i> .....	71
8.1.2	<i>Komunikační dovednosti IB: Aktivní naslouchání – neverbální stránka</i> .....	73
8.1.3	<i>Komunikační dovednosti IIA: Předávání informací – verbální stránka</i> .....	75
8.1.4	<i>Komunikační dovednosti IIB: Předávání informací – neverbální stránka</i> ....	77
8.1.5	<i>Komunikační dovednosti I (A+B): Aktivní naslouchání celkově</i> .....	79
8.1.6	<i>Komunikační dovednosti II (A+B): Předávání informací celkově</i> .....	81
8.1.7	<i>Komunikační dovednosti celkově</i> .....	83
8.2	Shluková analýza a výpočet osobního komunikačního indexu (OKI) .....	85
8.3	Výsledek dvourozměrné ANOVA opakovaných měření .....	97
9	DISKUZE .....	99
9.1	Studie související se zkoumaným tématem .....	111
9.2	Závěrečná evaluace volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ .....	118
	ZÁVĚR .....	121
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ .....	123
	SEZNAM TABULEK .....	134
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	135
	SEZNAM ZKRATEK .....	136
	SEZNAM PŘÍLOH .....	137
	PŘÍLOHA A Dotazník hodnocení osobního komunikačního indexu .....	137
	PŘÍLOHA B Pozorovací arch pro videozáznam .....	137
	PŘÍLOHA C Struktura závěrečné evaluace předmětu .....	137
	PŘÍLOHA D Tematické situace pro tvorbu scénářů .....	138



## ÚVOD

Komunikace v oblasti lékařské péče je téma, které je stále v popředí zájmu laické i odborné veřejnosti. Úroveň komunikace je součástí zjišťování kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Ne nadarmo je několik otázek v průzkumech spokojenosti pacientů s léčebnou péčí v daném zařízení věnováno právě pohledu pacienta na komunikaci mezi členy zdravotnického týmu, na informovanost pacienta o průběhu léčby, srozumitelnost podávaných informací, schopnost naslouchat, zdravotníky adekvátně volený jazyk apod. Tento zájem v posledních desetiletích souvisí mimo jiné s přechodem pojetí pacienta od paternalistického k partnerskému jak v ošetrovatelské, tak v léčebné péči.

Projevující se snaha lékařů po osobnostním rozvoji a růstu mě vedla k myšlence zpracování tématu komunikační přípravy v rámci pregraduálního studia lékařů. Podnětem pro volbu tématu komunikační přípravy byla otázka, zda má budoucí lékař ovšem příležitost své komunikační dovednosti rozvíjet během vysokoškolského studia? Je v pregraduální přípravě lékařů využíván cílený nácvik komunikačních dovedností? Jakých metod je k nácviku využíváno? Je didaktické zvládnutí předmětu komunikace nebo předmětů souvisejících s komunikací skutečně maximální? Z výše uvedeného byla odvozena hlavní otázka výzkumu: **Je možné považovat stávající komunikační přípravu lékařů v pregraduálním vzdělávání na 2. LF UK za přínosnou?**

V současné době je posuzování kvality lékařské péče součástí řady světových, evropských nebo národních šetření, jejichž nedílnou součástí je zjišťování spokojenosti pacienta se vzájemnou komunikací s lékařem či jiným zdravotnickým personálem. S rozvojem společnosti zaměřené na výkon, podmínkami zdravotnické péče, systémem financování se mění i přístup zdravotnických pracovníků, potažmo lékařů, k pacientovi. Pacient se stává klientem zdravotnické služby, na kterou má nárok podle zákonem stanovených předpisů. Práva pacientů, poprvé formulována a zveřejněna v roce 1992 v České republice zajišťují, aby byla maximálně zabezpečena jejich spokojenost s léčebnou a ošetrovatelskou péčí a zabezpečovala rovný přístup lékařské péče všem, bez rozdílu věku, pohlaví, rasy a vyznání. Rychlý technologický rozvoj medicíny směřuje ke stanovování stále přesnější diagnózy, využití moderní přístrojové techniky, ke zdokonalování počítačem vedené dokumentace, avšak leckdy se zapomíná na samotného pacienta, jeho osobnost, jeho strasti, bolesti, trápení. Toto vše vede dehumanizaci lékařství. V moderní

medicině chybí slovo, dotyk a empatie, tedy vnitřní vztah k pacientovi. Mnohdy je pro lékaře pacient jen objektem. Neví, co ho trápí, není tam příběh, není tam osobní vztah.

Požadavky na profesionální osvojení komunikativních dovedností lékařů jsou oprávněné. Lékař je nositelem důvěry, vstřícnosti a laskavosti a představuje tak vrchol profesionální přípravy k léčbě nemocných v holistickém duchu, tedy po stránce bio – psycho – sociálně – spirituální.

Na základě dlouhodobého studia teoretických pramenů a poznatků z praxe jsem stanovila tyto cíle práce.

1. Podat přehled současného stavu komunikační přípravy lékařů na úrovni pregraduálního vzdělávání na 2. LF UK.
2. Provést komparaci sebehodnocení vstupních a výstupních dovedností studentů v komunikační přípravě v rámci výuky povinného předmětu „Ošetrovatelství“.
3. Zjistit vliv komunikační přípravy na rozvoj vybraných komunikačních dovedností studentů v rámci volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“.

Mým záměrem je posoudit zda dochází u studentů k posunu ve zvládnání vybraných komunikačních dovedností se zaměřením na předávání informací a dovednost aktivního naslouchání. V neposlední řadě je mým cílem v magisterském studijním programu všeobecného lékařství zjistit vliv modelu hraní rolí ve výuce komunikace na sebehodnocení vlastních výstupů. Výuka zážitkovou formou patří k nejučinnějším metodám osvojování komunikačních dovedností a upevňování modelů řešení běžných i náročných životních situací, se kterými se lékař ve své praxi často setkává.

Teoretická část práce se v první kapitole zabývá obsahovou analýzou terciárního stupně vzdělávání, jehož charakteristika je jedním z výchozích bodů celé práce. Druhá kapitola se zaměřuje na obecné pojetí komunikace, její funkce a význam komunikace v interakci lékaře a pacienta. Třetí kapitola shrnuje východiska komunikační přípravy lékařů. Čtvrtá kapitola se věnuje didaktickým zásadám, které musí být v rámci efektivního vyučovacího procesu s tematikou komunikace bezpodmínečně uplatňovány, má-li být tento pro studenty přínosný a efektivní. Pátá kapitola se zabývá významem metod výuky v komunikační přípravě lékařů. Předkládá klasifikaci výukových metod, kterých lze využít při osvojování a nácviku komunikačních dovedností lékařů, v závěru se zabývá kritérii, která ovlivňují volbu té dané výukové metody. V šesté kapitole zaměřuji svou pozornost na možnosti využití metody videozáznamu, jako formy ilustrace situačního prožitku a možnosti jeho aplikace v oblasti nácviku vybraných komunikačních dovedností. Celá teoretická část je základnou, která je beze zbytku využita při realizaci empirického

výzkumu. Sedmá kapitola seznamuje s problematikou výzkumného problému, stanovenými výzkumnými cíli a hypotézami z nich vycházejícími. Součástí této kapitoly je metodika výzkumu a metodologie zkoumání, která předkládá informace o organizaci a průběhu výzkumného šetření, o užitých statistických metodách a charakteristice výzkumného vzorku. Osmá kapitola je vyústěním celého výzkumného záměru. Seznamuje s výsledky provedeného výzkumného šetření, zabývá se jejich analýzou a interpretací. V deváté kapitole lze nalézt diskuzi ke zjištěným poznatkům, ověřuji stanovené hypotézy a předkládám doporučení pro praxi plynoucí z výzkumného šetření. Závěr práce je stručným zhodnocením dosažených výsledků ve vztahu ke stanoveným cílům a zmapování přínosu práce pro praxi.

Věřím, že disertační práce může přispět svým dílem k didaktické teorii a praxi vysokoškolské výuky, jejímž cílem je porozumět tomu, jaké může mít necitlivé chování a jednání lékaře důsledky pro pacientovo zdraví, v neposlední řadě doplnit a rozšířit poznatky z oblasti komunikační přípravy lékařů v systému pregraduálního vzdělávání, získat inspiraci k uplatňování vhodných komunikačních strategií a podnítit zvýšení kvality vyučovacího procesu s tematikou komunikace tak, aby vysokoškolsky vzdělaní lékaři byli maximálně komunikačně připraveni pro profesionální vstup do praxe.

Moderní medicína má k dispozici mnoho způsobů komunikace prostřednictvím vysoce sofistikované přístrojové techniky, ale společně s jejím nárůstem se vytrácejí vztahy, úcta, respekt a důvěra. Nestačí léčit nemoc, ale nemocného člověka jako celistvou jednotku, která má kromě těla také duši. Vztahy je třeba budovat. O duši je třeba pečovat. Cestou respektující trpělivé a upřímné komunikace.

Záměrem předložené práce je ukázat cesty, jak studenty všeobecného lékařství v pregraduální komunikační přípravě naučit kromě komunikačních strategií vnímavosti, citlivosti a otevřenosti vůči pocitům pacienta i vůči sobě samému.

# 1 CHARAKTERISTIKA TERCIÁRNÍHO STUPNĚ VZDĚLÁVÁNÍ

Terciárním stupněm vzdělávání se rozumí všechny typy státem uznaného vzdělávání občanů, navazující na úplné střední všeobecné vzdělání nebo úplné střední odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Systém terciárního vzdělávání v moderní společnosti vychází z rolí, které jsou v souladu s měnícími se požadavky společnosti v daném období. Kapitulu, která uvádí základní požadavky na terciární vzdělávání v moderní společnosti, předkládám jako teoretické východisko, proč je nutné přistupovat k výuce aktivně a kreativně pro dosažení kvalitních znalostí a dovedností. Požadavky na absolventy vysokých škol potvrzují naléhavost nového aktivního přístupu ve výuce a společné partnerské činnosti učitele a žáka. Koncepce reformy terciárního vzdělávání vychází především z nutnosti adaptovat se co nejrychleji na trendy ve vývoji terciárního vzdělávání, ve kterých lze předpokládat, že budou v následujících desetiletích do značné míry určovat konkurenceschopnost vyspělých zemí. Reformu českého terciárního vzdělávání předkládá materiál vypracovaný v roce 2007 Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky pod názvem „Bílá kniha terciárního vzdělávání“. Zasazuje český systém terciárního vzdělávání do mezinárodního kontextu a odráží evropské a světové trendy posledních let. Cílem navrhovaných změn je vytvoření struktury takového systému terciárního vzdělávání, který kromě jiného posílí zodpovědnost institucí a studentů za kvalitu vyučování a učení (Matějů, 2009, s. 8).

Dlouhodobým cílem celého systému však musí být kvalita znalostí a dovedností absolventů v obecném smyslu. Na kvalitě výuky se výrazně odráží i výuková zátěž vyučujících i studentů. Používání konzervativních výukových metod v posledních dvaceti letech vede k tomu, že některá výuka je často vedena příliš formálně, v nadměrných počtech účastníků seminářů, bez potřebné zpětné vazby, konzultací a průběžné kontroly. Mnohdy frontální styl výuky by měl být nahrazen projektově orientovaným přístupem s důrazem na související měkké dovednosti, například řízení a management, kooperace, nebo interpersonální komunikaci (Matějů, 2009, s. 15; Slavík, 2012, s. 15).

Doporučením plynoucím z dokumentu pro oblast kvality výuky je vyžadování standardizovaného hodnocení kvality výuky, a to jak ze strany studentů, tak na základě objektivních ukazatelů, například úspěšnosti absolventů, peer review posouzení znalostí a dovedností absolventů, používaných didaktických postupů a metod, jako základního podkladu pro hodnocení kvality instituce pro potřeby financování a akreditace. Dalším doporučením se jeví zohledňovat při hodnocení rozvoj tzv. soft-skills studentů, dosažené znalosti a dovednosti

v jednotlivých programech a změny v pojetí výuky spojené s aktivními znalostmi a dovednostmi (Matějů, 2009, s. 17).

Terciární stupeň vzdělávání má i přes značnou rozmanitost některé obecné rysy, které jej odlišují od ostatních sektorů a které umožňují, aby byl nahlížen a pojednáván jako celek. Nebývale rychlý vědecký a technický rozvoj se v největší míře promítá právě do terciárního stupně vzdělávání, které není trvale možné bez aktivní výzkumné a další tvůrčí činnosti učitelů a podle typu vzdělávací instituce i studentů. Jak je uvedeno na oficiálním webovém dokumentu Českého statistického úřadu z roku 2008 v metodické sekci pod č. j. 743/2008 – 21 na str. 31, jsou v popisu každého vzdělávacího programu konkretizována jeho klasifikační hlediska. Tato představují výčet konkrétních podmínek, jejichž splněním je vzdělávací program zařazen do skupiny vzdělávacích programů poskytujících určitou úroveň vzdělání. Struktura klasifikačních hledisek je specifická pro každou úroveň vzdělání, hodnoty jednotlivých klasifikačních hledisek jsou definovány vždy pro každý vzdělávací program samostatně.

Dalším úkolem terciárního stupně vzdělávání, který je uveden v Národním programu rozvoje vzdělávání v České republice – Bílé knize na str. 67, je příprava studentů k vysoké odborné flexibilitě, tvořivým, kulturním a komunikativním schopnostem a morálním hodnotám. Učitelé by měli nacházet ke studentům především partnerský lidský vztah, mít zájem o jejich studijní výsledky i problémy, vycházet jim vstříc radou a skutečnou pomocí tam, kde to potřebují. Měli by využívat znalostí a schopností studentů jako cenné zpětné vazby pro svoji výukovou činnost, dávat studentům možnost využít vzájemné spolupráce na tvůrčí činnosti – „*vytvářet tak spolu s nimi skutečnou akademickou komunitu.*“ Jedním z cílů charakterizujících kvalitní strukturu terciárního vzdělávání příležitost studentů aktivně a tvůrčím způsobem se podílet na výuce, která by vytvářela podnětné a silně motivující prostředí (Matějů, 2009, s. 11).

### **1.1 Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání Q-Ram**

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky vytvořilo na základě požadavků Boloňské deklarace (1999) tzv. Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání Q-Ram. Projekt Q-Ram si na svém počátku vytyčil cíl vytvořit kvalifikační rámec, který zpřehlední a zároveň zkvalitní systém terciárního vzdělávání v České republice. Jedná se o nástroj, jak popsat odborné znalosti, odborné dovednosti a obecné způsobilosti studentů absolventů jednotlivých studijních programů a oborů vysokých a vyšších odborných škol prostřednictvím výstupů z učení. Národní kvalifikační rámce

obsahují národní deskriptory, které jsou chápány jako obecný minimální standard. Odborné i široké veřejnosti deskriptory popisují odborné znalosti, odborné dovednosti a obecné způsobilosti, které mají prokázat absolventi stanovených studijních programů na terciárním stupni vzdělávání, aby získali odpovídající kvalifikaci. Další informace jsou dostupné na: <http://fim.uhk.cz/refimat/doc/NarodniDeskripty.pdf>.

Národní deskriptory jsou aktuálně schváleny Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy České republiky, nejsou obsaženy v zákoně ani podzákonných předpisech. Národní deskriptory představují pojem „výstupy z učení“, nastiňují, k čemu slouží, jaké jsou vazby mezi výstupy z učení, profilem absolventa a oblastmi vzdělávání. Rovněž poskytují návod, jak je správně formulovat, zmiňují nejčastější chyby ve formulacích výstupů, které jsou nekonkrétní, příliš obecné a zavádějící. Za hlavní cíle projektu lze považovat vytvoření národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání, jehož prostřednictvím budou formulovány očekávané znalosti, dovednosti a způsobilosti absolventů terciárního stupně vzdělávání. Dále vytvoření metodiky implementace rámce na všech institucích terciárního vzdělávání a v neposlední řadě vytvoření metodiky začlenění rámce do národního systému terciárního vzdělávání. Ve druhé úrovni kvalifikace v Národním kvalifikačním rámci terciárního vzdělávání, jsou definovány v sekci odborných znalostí například tyto výstupy. Absolvent studijního programu při absolvování prokazuje: široké znalosti a porozumění předmětu a rozsahu daného oboru, široké znalosti teorií, konceptu a metod oboru, porozumění možnostem, podmínkám a omezením využití teorií a metod oboru v praxi. V oblasti odborných dovedností absolvent po absolvování programu umí například: s využitím odborných znalostí na základě rámcově vymezeného úkolu řešit praktické problémy v oboru, vyhledat, utřídit a interpretovat informace relevantní pro řešení vymezeného praktického problému, použít některé základní výzkumné postupy oboru v rozsahu potřebném pro řešení praktických problémů v oboru. V oblasti obecné způsobilosti je absolvent schopen například: srozumitelně a přesvědčivě sdělovat odborníkům i laikům informace o povaze odborných problémů a vlastním názoru na jejich řešení, srozumitelně shrnout, názory ostatních členů týmu, používat své odborné znalosti, odborné dovednosti a obecné způsobilosti v alespoň, jednom cizím jazyce, samostatně získávat další odborné znalosti, dovednosti a způsobilosti také samostatným studiem teoretických poznatků oboru. Více viz: <http://qram.reformy-msmt.cz/>.

## 2 OBECNÉ POJETÍ KOMUNIKACE

V této části kapitoly se nejprve budu zabývat obecným pojetím komunikace jako dalším východiskem pro výuku komunikačních dovedností lékařů v pregraduální přípravě. Oblast komunikace je velmi široká, svou pozornost zaměřím na obsahovou náročnost definování pojmu komunikace, rozeberu základní funkce komunikace a v neposlední řadě budou centrem mého zájmu kontextové atributy a modalita v komunikaci. V závěru kapitoly představím funkce komunikace, které vyplývají ze vztahu lékaře a pacienta.

### 2.1 Významné mezníky komunikace ve vztahu k medicíně

Počátky systematického přístupu v oblasti komunikace můžeme hledat v řecké kultuře, ve které byl kladen velký důraz na ústní vyjádření. Z tohoto stavu vychází i Aristotelovo chápání komunikace jako verbální aktivity, ve které se mluvčí snaží přesvědčit posluchače, a to pomocí nějaké taktické konstrukce argumentu a přednesu projevu. Aristotelův komunikační model je považován za první model sociální komunikace a za základ všech dalších komunikačních teorií (Sluková, 2007). Jeho nejvlivnější teorie se týká přesvědčivosti v komunikaci s druhými. Podle něj je to umění, jak přimět lidi, aby udělali něco, co by běžně neudělali, nebo bychom je o to museli požádat. Pro dosažení přesvědčivosti je podle Aristotela třeba tří různých typů důkazů:

*Ethos* (etický) – vztahuje se k mluvčímu a jeho povaze, jak se ukazuje prostřednictvím komunikace, odkazuje se k upřímnosti, již daná osoba hovoří; Borg (2007) v této souvislosti dodává, že upřímnost je důležitá, pokud chceme pracovat s empatií; empatie je založena na důvěře, ta tedy nastává mezi lidmi, ne v lidech, existuje ve vztazích, ne v osobnosti člověka; důvěryhodnost posunuje vztah dopředu, navázání důvěry mezi lékařem a pacientem je jedním z předpokladů kvalitní lékařské péče, která odpovídá současným požadavkům moderní medicíny.

*Pathos* (emocionální) – vztahuje se k emocím, které posluchač cítí. Podle Aristotela přesvědčení přichází skrze posluchače, jakmile promluva zasáhne jejich emoce. Z toho vyplývá, že je nutné zapůsobit na emoce posluchače, abychom byli přesvědčiví. Vnímavost sloužící ke zjištění opravdových pocitů lidí, se kterými se jedná, je základem většiny úspěšných vztahů.

*Logos* (logický) – vztahuje se k samotným slovům mluvčího, jde o výběr slov, citací, faktů, která uvádí Aristoteles jako důležitá pro získání stejného úhlu pohledu posluchače a mluvčího (Borg, 2007, s. 16 - 18).

Jak Aristoteles, tak i jeho učitel Platón, považovali komunikaci za umění či dovednost, která musí být procvičována. Cicero a Quintilianus, stejně jako Aristoteles, viděli komunikaci jako praktickou i akademickou záležitost. Cicerův pohled na komunikaci byl tak komplexní, že zahrnoval vše, co se nyní považuje za pole působnosti sociálních věd (Sluková, 2007).

Komunikací se zabývali i mnozí další filozofové. Komunikaci jako podmínku lidské existence chápal například Karl Jaspers, který se řadí mezi nejdůležitější německé filosofy - existencialisty 20. století. Ve svém filozofickém díle byl inspirován Platónem, Kantem a Nietzsche. Jeho působení bylo významné nejen v oblasti filozofie, ale i medicíny. Ve své psychopatologii rozlišuje srozumitelné a nesrozumitelné souvislosti. Ke každému z těchto dvou druhů souvislostí je nutno přistupovat s jinými metodami. Jaspers označil mezilidskou komunikaci jako nezbytnou součást lidské existence. Kategorie, které podle Jasperse umožňují poznat existenci, jsou: svoboda, komunikace a dějinnost. Bytí samo o sobě ještě není skutečným bytím. Pokud není nikým reflektováno, nelze je za bytí považovat. Jaspers definoval komunikaci jako největší úspěch mezi lidmi na tomto světě. Člověk v jeho pojetí se stává sám sebou až ve spojení s jinými lidmi, teprve tehdy přestává být sám. Díky komunikaci a společnosti jiných lidí dokáže uchopit svým myšlením i sám sebe. Vzájemné porozumění se dá dle Jasperse nalézt jen mezi lidmi (Jaspers, 1991).

## **2.2 Obsahová složitost pojmu komunikace**

Pro účely této práce uvádím jen vybrané pojmy z oblasti komunikace a komunikačních dovedností, které přímo souvisí či mají vztah k problematice předkládané práce. Dělení obecné komunikace z různých hledisek, které uvádí pedagogika, sociální psychologie, pedagogická psychologie a ostatní vědní disciplíny je velmi široké a tematicky určené pro jiné zaměření práce. Do centra pozornosti mého zájmu zařazují tedy kategorie, které mají vztah k výuce komunikace v pregraduální přípravě lékařů, užívaným výukovým metodám, jejich efektivitě a budování vztahu lékaře a pacienta.

Problematika komunikace je v dnešní době centrem zájmu mnoha oborů psychologie, pedagogiky, ošetrovatelství, medicíny, ale i dalších společenských vědních oborů. Na tomto místě uvádím jen vybrané definice pojetí komunikace, které úzce souvisí s tématem práce. Komunikace je specifickou formou spojení mezi lidmi, prostřednictvím předávání a přijímání informací. Již Galileo Galilei tvrdil, že člověk se může naučit jen tomu, k čemu nalezne sám v sobě schopnost. K tomu, aby člověk v sobě našel schopnost komunikovat, můžeme pomoci nejrůznějšími prostředky (Linhartová, 2007, s. 14).



V komunikaci nejde jen o přechod informace od odesílatele k příjemci, ale i o našem podílu na celku komunikace třeba jen tím, že jsme přítomni, což je aspekt v interakci lékař pacient z pohledu pacienta zvláště významný. Někteří psychologové rozumějí komunikační výměnou jak sdělování, tak sdílení. Rieger a Vyhnálková vyjadřují svůj náhled na sdílení takto: „*Sdílení vyjadřuje, jak je sdělení prožíváno, jaké emoční zaujetí a intenzitu emocí sdělení vzbuzuje. Týká se všech zúčastněných... Sdílení neznamená přijetí... může probíhat i tehdy, když se sdělovatelem nesouhlasíme.*“ (Rieger a Vyhnálková, 1996, s. 90). Krivohlavý chápe komunikaci jako „*spojení, sdělování a porozumění.*“ (In Svatoš, 2006, s. 26). Tubbs se dívá na komunikaci jako na „*proces vytváření významu mezi dvěma nebo více lidmi.*“ (In Vybíral, 2009, s. 27). Navrátil, Fleischmann, Klimeš pojmají komunikaci jako „*základní prostředek uskutečňování výchovy a vzdělávání, který umožňuje zprostředkovaně v podobě verbálních a neverbálních projevů učitelů a žáků realizaci... zvolených prvků vyučování.*“ (In Svatoš, 2006, s. 27).

Prostřednictvím komunikace se uskutečňuje jak determinační vliv společné činnosti, mezilidských vztahů a vzájemného působení na lidskou psychiku, tak i regulační funkce psychiky ve společné činnosti, vzájemném působení a společenských vztazích (Výrost, Slaměník, 2010, s. 217). Vymětal v celém přehledu definic komunikací z různých pohledů uvádí například komunikaci jako „*proces přenosu a výměny informací v jakékoliv formě, realizovaný mezi lidmi a projevující se nějakým účinkem.*“ (Vymětal, 2008, s. 22). Další charakteristiku komunikace uvádí Řezáč jako „*symbolický výraz interakce*“ (Řezáč, 1998, s. 107).

Komunikace není osobnostní charakteristikou jedince, komunikaci se musíme učit. Jak z výše uvedených vybraných definic vyplývá, je to proces, který má stále jedinci co přinášet, o co ho obohacovat. Není to něco, co by se člověk mohl jednorázově naučit. Je nutné chápat komunikaci jako nekončící proces, který rozvíjí každého z nás. Právě sociální rozměr komunikace je základním pilířem v práci lékaře. Vnímání pacienta, jeho potřeb, rozhodování, porozumění, sdílení, spolupráce, edukace jsou aktivity, které prokazují vyspělost komunikačních dovedností nejen lékaře, ale každého zdravotnického pracovníka.

## **2.3 Funkce komunikace**

Každá komunikační výměna má svůj účel, smysl, funkci, kterou chce splnit nebo bezděčně plní. Na tomto místě uvedeme ty funkce komunikace, které mají bezprostřední význam ve vzájemném kontaktu lékaře a pacienta. Mezi základní funkce komunikace patří funkce:

- *informativní* – předat zprávu, doplnit jinou, oznámit, prohlásit, předat fakta a data mezi lidmi; tato tvoří podstatnou část vzájemného setkávání lékaře s nemocným ve všech složkách lékařské péče;
- *instruktážní* – naučit, zasvětit, navést, vysvětlit významy, popsat postup jak něco udělat, jak něčeho dosáhnout; je nedílnou součástí nejen průběhu a závěru přímé terapie, ale tvoří neopominutelnou součást následného dodržování léčebného režimu v domácím prostředí;
- *persuasivní* – přesvědčit druhého, ovlivnit, pozměnit názor jiných, získat někoho na svou stranu, emocionální přesvědčování formou působení na city, racionální přesvědčování pomocí argumentů, logiky; oba typy přesvědčování se uskutečňují při každém kontaktu lékaře s pacientem, ať se jedná o ambulantní nebo lůžkovou část;
- *operativní* – vyjednat, domluvit se, vyřešit, dospět k dohodě, zvláště při kontaktu s pacienty se specifickými potřebami (Vymětal, 2008, s. 24).

Mikuláščík (2008) uvádí a doplňuje další funkce komunikace:

- *motivační* – jde o posilování pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti, posilování vztahu k něčemu; nejčastější je motivace pacienta ke změně nezdravého životního stylu, která je nezbytnou součástí prevence primární i sekundární;
- *společensky integrující* - komunikace závisí na společenské úrovni jednotlivce, v jakých společenských vrstvách se člověk nachází; odlišný způsob komunikace v jednotlivých společenských úrovních je dán vzděláním, věkem, stupněm vyspělosti apod.; schopnost podávat informace dle stupně vzdělání a mentální vyspělosti pacienta je citlivým kritériem hodnocení kvality léčebné péče;
- *funkce osobní identity* – pomáhá ujasnit informace o sobě samém, uspořádání vlastních názorů, postojů, sebevědomí; jde o tzv. „ratifikaci sebepojetí“;
- *svěřovací* – slouží ke zbavování se vnitřního napětí, překonávání těžkostí, sdělování důvěrných záležitostí pacienta s předpokladem očekávání pomoci a podpory; sdílení pocitů, možnost probrat myšlenky, které člověka trápí a sdělit je někomu nahlas znamená pro jedince významnou podporu; tato funkce může dosahovat různé hloubky – může jít o přímou empatickou podporu s maximální mírou identifikace, nebo o pouhou akceptaci emoční úrovně jedince v podobě porozumění bez projevu hodnocení; tato funkce komunikace vyvstává do popředí především v oblasti lékařské a ošetrovatelské péče a v dalších pomáhajících profesích;

- *úniková* – ve stavu smutku, sklíčenosti, znechucení má obvykle jedinec tendenci si nezávazně popovídat, odreagovat se a nemusí jít výhradně o psychotherapeutickou podobu léčby (Mikuláščík, 2008, s. 21 - 22).

Závěrem lze tedy konstatovat, že jednotlivé funkce komunikace se vzájemně prolínají celým procesem dorozumívání. Kontakt mezi lékařem a pacientem je interaktivním procesem a komunikace je v tomto procesu jen jeho součástí. Umožňuje nacházet vzájemné souvislosti mezi vlastním myšlením, prožíváním a chováním, které vedou k dosažení očekávaných výsledků, empatii a percepční sociální senzitivitě, přirozenosti při navazování kontaktů a tvorbě širokého registru sociálních dovedností a technik. Porozumění slovní i mimoslovní interakci, různým typům verbálních projevů, běžně užívaných gest, mimiky, zvuků a jiných informačních prostředků, přemýšlení o nich, adekvátní reagování na ně a jejich vhodné a přiměřené využívání k vlastnímu výstižnému a kultivovanému vyjadřování, způsobilost pro zvládání konfliktu, způsobilost řídit a regulovat citové prožívání, můžeme označit jako komunikativní kompetence, jejichž nácvik, osvojování a upevňování jsou nezbytnou součástí pregraduální přípravy lékařů (Výrost, Dobeš, 2004; Mangrulkar, Whitman, Posner, 2001).

## **2.4 Kontextové atributy a modality komunikace**

Není možný stav, kdy nekomunikujeme, není možné se nechovat. Aktivita nebo neaktivita veškerého chování v interakční situaci má význam sdělení. Nelze tvrdit, že komunikace vzniká jen tehdy, když nastane vzájemné pochopení (Watzlawick et al, 1998, s. 43-44). Znalost vnějších i vnitřních souvislostí je základním předpokladem vzájemného porozumění a úspěšného dorozumění mezi lidmi. Každý z kontextů nabízí při analýze komunikačního aktu potenciální vysvětlení toho, proč výměna informací vypadala tak, jak vypadala. Většinou víme, s kým komunikujeme, uvědomujeme si prostředí, v němž ke komunikaci dochází, zdravotnické prostředí se svým určujícím režimem a řádem, reagujeme s určitou časovou prodlevou, v níž to, co jsme slyšeli, či viděli, převádíme do svého kognitivního způsobu porozumění, přiřazujeme nové informace k již dříve vytvořeným strukturám, třídíme v myšlenkách to, co jsme přijali, čelíme časovému tlaku, který je výrazný zvláště v klinické praxi, pocítujeme sympatie či antipatie ke komunikačnímu partnerovi, sami se nacházíme v momentálním emočním rozpoložení, tělesné pohodě nebo diskomfortu. To vše je kontextem. (Vybíral, 2009, s. 37).

Vnitřní kontext tvoří vstupní data, vstupní zadání, z pohledu psychologického jsou to naše dosavadní zkušenosti, paměť, způsoby myšlení, schémata přístupu k řešení problému, postoje, fantazie, emoční naladění. Vnitřní kontext tvoří „*všechny vnitřní podněty, přicházející z minulosti a z přítomnosti, které nás informují o světě*“ (Tubbs, 2000, s. 8). Vnitřní kontext se přitom neustále vyvíjí, proměňuje, doplňuje dalšími zážitky, zkušenostmi, spontánními asociacemi, emoční rovinou, vztahem ke komunikačnímu partnerovi, vlastními osobnostními rysy atd. Klíčovým se jeví vztah ke komunikačnímu partnerovi, se kterým v dané chvíli komunikujeme. Vnitřní kontext naší komunikace bude pokaždé jiný, uvědomíme-li si, že hovoříme s někým, koho vidíme poprvé/máme s ním zkušenost, koho chceme pochválit/sdílet kritiku, před kým se cítíme v submisivním postavení/nad kým cítíme převahu, koho máme rádi/ komu se vyhýbáme apod. Vnější kontext může být ve své podstatě: sociálně psychologický (klademe si otázku, kdo je náš protějšek, kdo se na nás dívá, kdo nás pozoruje, kdo nás hodnotí ...), dále systémový, kulturní, jazykový, společensko-politický, technologický (Vybíral, 2009, s. 38).

Souvislost jevů nebo událostí v komunikaci se projevuje podle toho, které modality jsou aktuálně přítomny. Modalita je to, co na nás v kontextu komunikace působí, co nás ovlivňuje. Vezmeme-li v úvahu přítomné modality komunikace ve zdravotnickém prostředí, ve kterém se odehrává interakce lékaře s pacientem, znásobuje se jejich význam. Komunikaci nejčastěji ovlivňují: *časové ohraničení* – tzn. kdy došlo ke komunikačnímu setkání, jaký časový úsek je mu věnován (synchronicita, asynchronicita, trpělivost, netrpělivost apod.), *prostor a prostorové uspořádání, význam obsahu komunikace pro jednotlivce* (významové proměnné), v této souvislosti Watzlawick (1998) uvádí příklady „*interdependence*“ dvou komunikujících (dohadujeme se, co chce od nás druhý slyšet, co je ještě vhodné mu říci, zkoumáme, co už pochopil atd.), *přítomnost emocí* (emoční proměnné), *vztah mezi komunikujícími* (vztahové proměnné) tj. dominance, podřízenost, rivalita, spojenectví, komunikace v dlouhodobém vztahu, komunikace s někým, koho neznáme apod., *sociální situace* (systémové proměnné) jinými slovy přítomnost či nepřítomnost toho, o kom mluvíme, rodina, systém vztahů na pracovišti, kultura skupiny (tabulace, stigmatizace, vlastní jazyk skupiny, změna pozice v systému nebo situaci), *existence kontinuity* – mít možnost se k tématu vrátit, dílčí výměna v dlouhodobě trvající komunikaci apod., *míra shody jazyka, způsob vzájemného chápání, stereotypy, věk, pohlaví účastníků komunikace, pozice z hlediska moci* (Vybíral, 2009, s. 41; Mikuláščík, 2010, s. 28).

Uvedené modality jsou základními prvky kontextu, ve kterém dochází ke komunikačnímu procesu. Některé z těchto modalit můžeme pozměnit, žádná není nezměnitelná. Na tomto místě podrobněji rozebereme modalitu vztahovou, která se přímo podílí na založení vztahu důvěry lékaře a pacienta, jako výchozího bodu pro úspěšnou komunikaci. Každá komunikační výměna se skládá ze šesti základních složek: sdělujeme obsah, vyjadřujeme v ní svůj postoj ke sdělovanému, vyjadřujeme svůj postoj k příjemci, s nímž komunikujeme, vyjadřujeme své emoce, sdělujeme další atributy o sobě samém (trpělivost, rozhodnost, ohleduplnost...) a v neposlední řadě sdělujeme svou představu o dalším průběhu komunikace. Existuje rozdíl mezi komunikací *supportivní*, při níž je vztah jednoho komunikujícího k druhému takový, že podporuje jeho myšlenky, úvahy, rozvoj a komunikací *defenzivní* (podezíravou, uzavřenou, staženou). Paloaltská kalifornská komunikační škola, jejímž představitelem je americký psycholog Paul Watzlavick, rozebírá dvě roviny komunikace: *vztahovou* a *obsahovou*. Prokazuje, jak při mnoha nedorozuměních v komunikaci je nejvýhodnějším řešením rozdělit komunikaci na rozbor *vztahu* mezi komunikujícími a analýzu *obsahu* (Vybíral, 2009, s. 44). Yalom vyjádřil tuto myšlenku zjednodušeně: „*Soustřed' se na proces jako opozitum k obsahu. V konverzaci spočívá obsah v aktuálně použitých slovech, v podstatě toho, o čem se hovoří. Proces však znamená, jakým způsobem je obsah vyjadřovaný, a zejména – co tento způsob vyjadřování říká o vztahu mezi participujícími lidmi.*“ (Yalom, 2004, s. 109).

Narušený vztah mezi komunikujícími může výrazně ovlivnit shodu a dohodu i ve zdánlivě jednoduchých obsazích. Soupeření, boj o moc při rozhovoru, netrpělivost, nadřazenost mohou výrazně narušit obsahovou kvalitu komunikace a člověk má sklon nesouhlasit s navrhovaným, vzpírat se doporučovanému, nedodržovat dobře míněné rady. V souvislosti s partnerským přístupem ve zdravotnické péči, jeví se tato modalita velmi významnou. Kontext komunikační výměny podstatně mění vstřícnost mluvčího, vlídnost, trpělivost účastníků, dovednost naslouchat, vhodná doba rozhovoru, místo, kde jsme rozhodli sdělení předat atd.

## **2.5 Funkce komunikace ve vztahu lékař pacient**

Komunikace mezi lidmi je dovedností, která se zdá být samozřejmou, neboť se jí učíme již od útlého věku. Teprve nedorozumění různého druhu nás v průběhu života učí korigovat tuto samozřejmost. Nesamozřejmost „správné“ komunikace je zatěžující jak pro vzájemné vztahy laiků, tak pro zástupce nejrozličnějších profesí. Kromě osvojených komunikačních dovedností je nezbytné, aby se lékař stal nositelem komunikačních

způsobností. De Vito definuje tuto způsobnost jako znalost, jak komunikace funguje a umění ji efektivně využívat. Smysluplným požadavkem v oblasti výstupních dovedností lékaře je schopnost zvládání každodenních interakcí s pacientem, jeho rodinou, spolupracovníky. Mareš (1990) uvádí, že se studenti všeobecného lékařství setkávají s tématem komunikace v různé míře ve všech klinických oborech, avšak abscentuje zde určitá syntéza poznatků. Situace vede k tomu, že se student koncentruje na nemoc samu a ze zorného pole vypadává pacient. Důraz je kladen na biologický, fyziologický přístup k nemoci, možnosti laboratorních vyšetření, zobrazovacích metod, není však doceněn význam informací získaných rozhovorem s pacientem. Dochází k nedostatečnému uvědomění si významu, zda se podaří pacienta získat pro spolupráci, pro dodržování léčebného režimu a zda se vůbec podaří vysvětlit, co má během terapie dělat a proč to má dělat (Mareš, 1990). De Vito přirovnává schopnosti komunikace k neustále se rozšiřující zásobě slov. Techniky zvládání náročných životních situací lékaře posouvají vpřed, obohacují ho. Získané poznatky mají dalekosáhlý přesah – jsou uplatnitelné ve všech oblastech života. Způsobilého komunikátora, kterým může kvalitně připravený lékař být, charakterizují tyto zvládnuté oblasti:

- má osvojený obsáhlý arsenál interpersonálních dovedností, který má připraven k použití podle nastalé situace; tyto techniky vhodně umí použít;
- umí vhodně a efektivně komunikovat;
- má schopnost logicky a rozumně uvažovat o vhodnosti a adekvátnosti sdělení podle nastalé situace;
- má osvojenou dovednost vhodně komunikovat podle etických a morálních zásad;
- má schopnost získávat a udržovat moc a vliv, delegovat moc na druhé;
- má osvojenou dovednost aktivního naslouchání (upraveno dle De Vito, 2008, s. 43).

Na základě přímého výkonu pedagogického vedení studentů všeobecného lékařství v klinickém prostředí, bych k uvedenému výčtu způsobností dodala ještě významnou dovednost lékaře jasného, stručného, výstižného, zřetelného verbálního vyjadřování v kongruenci s neverbálními projevy. Předávání informací, které se vyznačuje výše uvedenými požadavky a dovednost aktivního naslouchání, se staly výchozími kategoriemi v mém předkládaném výzkumu. Funkce verbální komunikace v interakci lékař pacient spočívá především v jejím denotačním a konotačním významu. Denotace se vztahuje k objektivnímu významu nějakého termínu, který lidé, hovořící společným jazykem,

připisují určitému slovu. S denotační funkcí komunikace se lékař setkává ve své každodenní praxi. Pokud pacient nezná význam některých odborných termínů, pak je na lékaři, aby výstižně, jasně a srozumitelně význam slova vysvětlil. Za náročnou můžeme považovat situaci, v níž se uplatňuje konotační funkce komunikace, jejíž význam se vztahuje k subjektivnímu nebo emocionálnímu významu, který lékař nebo pacient připisují konkrétnímu slovu. V této nastalé situaci přistupuje ke schopnostem výstižného verbálního vyjádření rovněž schopnost lékaře identifikovat signály druhé osoby a kreativně, s citem, vnímat jeho pojetí významu slov. S teorií přizpůsobování se v komunikaci souvisí úzce teorie komunikační akomodace. Podle ní se lékař přizpůsobuje stylu komunikace pacienta za účelem dosažení větší efektivity komunikace. Zmíněnou teorii potvrzuje řada výzkumů v této oblasti, ať se již týkají přizpůsobování komunikace v hlasitosti projevů (Aune, Kikuchi, 1993), rychlosti řeči (Giles, Mulac, Bradac, Johnson, 1987), blízkosti vzájemného vztahu (Martin, Anderson, 1995) nebo komunikaci mezi etniky (Lee, Gudykunst, 2001).

V profesionální přípravě lékařů je při výuce komunikace od počátku preferován rogersovský přístup. Jde o přístup „*zaměřený na člověka*“, který zavedl americký psycholog Carl Ramson Rogers. Vychází z vnitřního vztažného rámce osobnosti jedince, z jeho sebepojetí. Podporuje dovednost akceptovat pacienta, schopnost empatie a autenticity ošetřující osoby. Podle Juráskové (2011, s. 241) je „*autentický člověk schopen zároveň respektování a přijetí toho druhého*.“ Pro naše účely zmíníme zvláště období šedesátých až sedmdesátých let rogersovského vývoje, které zdůrazňovalo vzájemný vztah pacienta a terapeuta, kdy ústředním tématem jejich setkávání bylo pacientovo prožívání (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 105 – 106; Motschnig, Nykl, 2011, s. 17). Další výzkumy naznačují, že mnozí lékaři podceňují touhu pacienta po informacích, přestože vhodně a srozumitelně sdělené informace, doplněné uměním naslouchat, odstraňují u nemocných strach a nejistotu, vedou ve většině k pečlivému dodržování léčebných postupů, aktivaci tělesných a psychických sil a tím k příznivějšímu průběhu onemocnění (Waitzkin, 1984).

Výše zmíněné principy by měly být uplatňovány v každé profesionální komunikační interakci mezi lékařem a pacientem a proto se staly jedním z cílů našeho zájmu v této práci. Výčet dalších komunikačních způsobilostí lékaře by mohl být rozsáhlý, ale není účelem je všechny dále jmenovat.

### 3 VÝCHODISKA KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVY LÉKAŘŮ

V kapitole zabývající se východisky komunikační přípravy lékařů zaměřím nejprve svou pozornost na vybrané koncepty komunikační přípravy lékařů, kterými jsou koncept vstřícnosti, celorepublikový hodnotící projekt kvality nemocniční péče a Maastrichtský způsob komunikace.

#### 3.1 Kritéria hodnocení komunikace lékařů

Jedním z teoretických kritérií, kterého lze využít při analýze pregraduální komunikační přípravy lékařů je **koncept vstřícnosti zdravotnického systému**. Ve vyspělých zemích je v posledních letech kladen nebývalý důraz na vstřícnost zdravotnického systému. Prohlubování vstřícnosti je jedním z hodnotících faktorů pro fungování zdravotnických systémů vedle zlepšování zdraví a spravedlivého rozdělení finančních prostředků, které definovala Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). Sledováním vstřícnosti se sleduje, k čemu dochází při vzájemném kontaktu zdravotnických pracovníků s pacientem. Vstřícnost měří to, co lidé skutečně očekávají od zdravotnického systému s ohledem na rostoucí význam nemedicínských aspektů léčení. Vyjadřuje míru úcty k pacientovi a míru zaměření se na jeho potřeby. Vyjadřování úcty pacientovi, respekt k jeho hodnotám, schopnosti kvalitně vyhledávat a uspokojovat jeho potřeby jsou náplní každodenní činnosti lékaře. Je-li cílem spokojený pacient, pak není možné všechny postupy a intervence vykonávat bez kvalitní, důstojné, citlivé a účinné komunikace. Vstřícné, vnímavé, otevřené, povzbudivé jednání a chování lékařů podporuje psychickou a v neposlední řadě i fyzickou kondici nemocného. Ve zmíněném šetření WHO bylo definováno osm základních domén vstřícnosti. Na tomto místě uvádím jen ty, které mají bezprostřední vztah ke zkoumané problematice:

Důstojnost (důstojné zacházení):

- pacientovi je projeována úcta a dostatečná pozornost;
- při vyšetření či léčbě je brán ohled na soukromí pacienta.

Komunikace (srozumitelná komunikace):

- poskytovatel pacientovi pozorně naslouchá;
- poskytovatel pacientovi vysvětlí vše tak, že tomu rozumí;
- pacient má čas zeptat se na to, co ho zajímá.

Samostatnost (samostatnost při rozhodování):

- pacient má právo rozhodovat o vlastní léčbě (včetně odmítnutí léčby), pokud chce;



- pacient má dostatek informací a dále možnost mluvit o jiných způsobech nebo režimech léčby;
- poskytovatel pacienta požádá o svolení před tím, než zahájí léčbu nebo vyšetření.

Podpora (sociální podpora):

- dostatek příležitostí ke kontaktům s příbuznými a přáteli při pobytu ve zdravotnickém zařízení;
- možnost být v kontaktu s okolním světem a mít přístup k informacím z vnějšku při pobytu v nemocnici;
- dobrá spolupráce zdravotnického personálu s rodinou pacienta (ÚZIS, 2004, s. 2).

V roce 2004 zveřejnil Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky šetření hodnocení nemedicinských aspektů léčby nazvané „Vstřícnost zdravotnického systému.“ Z výsledků vyplývá, že horší se zdála být pro respondenty do 30 let oproti starším osobám srozumitelná komunikace a možnost kontaktů s okolím. Významnou roli hrálo při posuzování vstřícnosti u lůžkové péče vzdělání respondentů. Lidé se základním vzděláním, hodnotili hůře zejména zapojení do rozhodování a srozumitelnou komunikaci. Tento výzkum opět potvrzuje naléhavost vzdělávání lékařů v oblasti komunikace, osvojování komunikačních dovedností a schopnost edukace, která hraje významnou roli v kontaktu s pacientem. Pro potřeby této práce uvádím upravenou tabulku 1 jen s těmi atributy, které se vztahují k oblasti komunikace lékaře s pacientem.

**Tabulka 1** *Hodnocení vstřícnosti z pohledu pacienta (v %)*

Atribut vstřícnosti		Dobře (%)	Středně (%)	Špatně (%)
Důstojnost	Přijetí a ohleduplné jednání	90,2	8,6	1,3
	Soukromí při vyšetření	85,6	11,1	3,3
Komunikace	Srozumitelné vysvětlování	80,2	15,4	4,4
	Dostatek času na otázky	75,0	16,7	8,3
Samostatnost	Možnost spolurozhodovat	60,4	24,9	14,7
	Informace o možnostech léčby	65,8	19,9	14,2
Důvěrnost	Soukromí při rozhovorech	74,5	17,3	8,3
	Utajení osobních údajů	89,8	8,0	2,2

Podpora	Návštěvy známých	94,6	4,4	1,0
	Kontakty s okolím	90,1	6,8	3,1

(Zdroj: ÚZIS: Světové šetření o zdraví v ČR, 2004, s. 79)

Ze srovnávací analýzy údajů Světového šetření o zdraví za Českou republiku, Slovensko, Maďarsko, Slovinsko a Chorvatsko, která byla publikována pod názvem „Inequalities in Health System Responsiveness. Joint World Health Survey Report Based on Data from Selected Central European Countries v roce 2007“ vyplývá, že většina obyvatel považuje vstřícnost za důležitý aspekt zdravotnictví. Jednotlivým oblastem vstřícnosti je přikládána rozdílná důležitost viz tabulka 2. Nejdůležitější je pro občany srozumitelná komunikace, a to ve všech pěti zemích. Zaměření WHO na výše zmíněné atributy vstřícnosti potvrzují naléhavost zabývat se, kromě jiného, problematikou kvality srozumitelné komunikace v interakci zdravotnického pracovníka a pacienta v moderní medicínské péči (Holub, Hrkál, Pázlerová, 2004, s. 77).

**Tabulka 2** *Pořadí důležitosti oblastí vstřícnosti v České republice*

Atributy vstřícnosti dle pořadí	(v %)
Komunikace	93,2
Důstojnost	90,5
Důvěrnost	86,8
Podpora	85,6
Prostředí	82,9
Dostupnost	77,6
Samostatnost	72,7
Volba poskytovatele péče	70,1

(Zdroj: ÚZIS, Nerovnosti ve vstřícnosti zdravotnického systému, 2007, s. 8)

Většina obyvatel považuje vstřícnost za důležitý aspekt zdravotnictví (v průměru bylo respondenty považováno 85 % oblastí vstřícnosti za „nesmírně“ nebo „velmi“ důležité). Ženy přisuzují důležitosti vstřícnosti větší váhu než muži. Češi přiřazují vstřícnosti menší důležitost než obyvatelé ostatních zemí (ÚZIS, 2007, s. 5 – 7).

Dalším z východisek, která dokazují naléhavost zabývat se komunikací a komunikační přípravou lékařů již v pregraduálním vzdělávání je každoroční

celorepublikové **hodnocení kvality nemocniční péče**, které zaštiťuje HealthCare Institute. Struktura komplexního porovnávání českých nemocnic vychází z metodiky strategického nástroje pro měření výkonnosti organizací – Balanced Scorecard autorů Nortona a Kaplana z Harvardské Univerzity. V rámci celostátního hodnotícího projektu „Nemocnice ČR 2014“ byly nemocnice komplexně hodnoceny ve čtyřech klíčových oblastech: Spokojenost a bezpečnost hospitalizovaných pacientů, Spokojenost a bezpečnost ambulantních pacientů, Spokojenost a bezpečnost zaměstnanců nemocnic a Finanční zdraví nemocnic. Dotazník pro hospitalizované pacienty sestává z 23 položek ve čtyřech kategoriích: Volba nemocnice, Kvalita zdravotní péče, v této kategorii se objevuje položka zjišťující srozumitelnost navrženého postupu léčby, srozumitelnost seznámení s možnými riziky případného lékařského zákroku a srozumitelnost ohledně poskytování informací o zdravotním stavu pacienta. Ve třetí kategorii zaměřené na pobyt pacienta v nemocnici je její součástí, kromě jiných, i položka zjišťující uspokojení potřeby pacienta během hospitalizace s někým si promluvit. Zde je výrazná značná snaha o holistický přístup k pacientovi, uspokojení jeho potřeb, zvláště v době hospitalizace, kde psychická náročnost pobytu v nemocnici zasahuje do všech složek osobnosti. Čtvrtou sledovanou kategorií je přístup a komunikace personálu, jejíž součástí je položka hodnocení úrovně komunikace s ošetřujícími lékaři, sestrami, a otázka zjišťující, jak často se personál nemocnice při komunikaci s pacientem usmívá.

Projekt „Nemocnice ČR“ pro daný rok probíhá vždy od měsíce března do září, v předešlých letech do října příslušného roku. V roce 2014 hlasovalo 55 427 hospitalizovaných pacientů nemocnic a 35 680 ambulantních pacientů. Jsou zde zahrnuti pacienti, kteří vyplňovali jak tištěnou podobu dotazníku, tak jeho webovou aplikaci, alternativně dostupnou na internetových stránkách [www.hc-institute.org](http://www.hc-institute.org). V roce 2013 se celorepublikového šetření účastnilo 49 789 hospitalizovaných pacientů, 30 299 ambulantních pacientů, v roce 2012 40 908 hospitalizovaných pacientů, ambulantních pacientů 21 702. V roce 2011 se šetření účastnilo 30 689 pacientů, dle tiskové zprávy nejsou v tomto a předcházejících letech pacienti identifikováni na hospitalizované a ambulantní. V roce 2010 se dotazníkového šetření zúčastnilo 41 000 respondentů. Každoročně zvyšující se počet účastníků šetření potvrzuje snahu o zkvalitnění zdravotnické péče, zvyšující se nároky na profesionální přístup zdravotnického personálu a odhalování nedostatků při uspokojování potřeb pacientů.

Dotazníky k celonárodnímu průzkumu vycházejí z požadavků národní akreditace řízení kvality, současně jsou testovány za výrazné pomoci akreditovaných českých

nemocnic fakultního a krajského typu. Pro naše účely se zaměřím na dvě uvedené kategorie celonárodního šetření, a sice spokojenost a bezpečnost hospitalizovaných a ambulantních pacientů v přehledném vývoji od roku 2010, které podporují klíčové postavení komunikace ve zdravotnické péči jako indikátoru kvality. V následující části uvádím jen vybrané aspekty, které souvisí s komunikací lékaře s pacientem v nemocničním zařízení ať již lůžkového nebo ambulantního typu. Z přehledu uvedených výsledků lze zaznamenat cílové komunikační dovednosti lékaře, které jsou hodnoceny pacienty a které respondenti považují za jedny z nejdůležitějších. Potvrzuje se požadavek zvládnutí srozumitelného vyjadřování jak v oblasti vyšetření, léčebných zákroků, možných rizik, tak v oblasti rozhovoru pacienta s lékařem. Zvláštní kategorii tvoří přítomnost úsměvu na straně zdravotnického pracovníka, na který se tento projekt každoročně zaměřuje a doplňuje tak srozumitelnost a naslouchání při rozhovoru o důležitý neverbální indikátor vstřícnosti a empatie zdravotnického pracovníka, potažmo lékaře. V roce 2014 meziročně klesl počet respondentů, kteří byli srozumitelně seznámeni s možnými riziky lékařského zákroku, o 9,8 procentních bodů, tj. z 85,7% na 75,9%, což lze považovat za negativní trend. Pozitivně lze však hodnotit zlepšení komunikace hospitalizovaných pacientů o 14,3 procentních bodů, tj. z 66,8% na 81,1%. Meziroční zvýšení vykazuje i spokojenost ambulantních pacientů s přístupem lékaře o 13,2 procentních bodů, tj. z 70,2% na 83,4%, což lze rovněž považovat za pozitivní trend. Ve srovnání s rokem 2013 byl prokázán nárůst spokojenosti respondentů s informacemi, které jim lékař předal o 4,5 procentních bodů, tj. z 85,9% na 90,4%. Za rok 2013 byl u hospitalizovaných pacientů prokázán meziroční nárůst spokojenosti s pochopením navrženého postupu léčby. Od roku 2009 do roku 2013 se spokojenost zvýšila o 8,8 procentních bodů, tj. z 85,7% na 94,5%. Pozitivní nárůst vykazuje rovněž zlepšení komunikace hospitalizovaných pacientů s lékaři o 5,7 procentních bodů, tj. z 61,1% na 66,8%. V roce 2012 meziročně stoupl počet respondentů v oblasti srozumitelného seznámení s možnými riziky případného lékařského zákroku o 4 procentní body, tj. z 81% na 85%. Pozitivní hodnocení vykazuje i zlepšení komunikace pacientů s lékaři o 4,5 procentních bodů, tj. z 56,6% na 61,1%.

Bližší informace lze nalézt na stránkách Healthcare Institute: <http://www.hc-institute.org/cz/>

Závěrem lze připustit možnost, že se spokojeností s lékařem, jeho péčí a hodnocením jeho přístupu souvisí subjektivní vnímání zdraví jedince. Můžeme uvažovat, že pacienti, kteří hodnotí své zdraví pozitivně, jsou spokojenější s přístupem lékařů než respondenti, kteří vnímají své subjektivní zdraví negativně. Fakt, že nejčastější stížností

pacientů byla neschopnost lékaře naslouchat obavám pacienta a nedostatečné poskytnutí informací o jejich onemocnění a léčbě potvrzují i Levinson, Lesser, Epstein (2010). Rozdílnost v hodnocení lékařské péče je možné vysvětlit tím, že zdravější respondenti nevyžadují tak náročnou péči, proto je větší pravděpodobnost, že budou spokojenější. Tento závěr podporuje i projekt Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky pod názvem Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice, EHIS 2008, publikované v dubnu 2011 (Daňková, Holub, Láchová, 2011). Každý lékař uplatňuje v interakci svůj vlastní styl. V hledání nejlepších strategií pro efektivní komunikaci byly stanoveny ve studii autorů Travaline, Ruchinskas, D'Alonzo (2005) klíčové komunikační dovednosti: účinný poslech, efektivní kladení otázek, efektivní a srozumitelné vysvětlování, schopnost poradenství, umění dělat informovaná rozhodnutí na základě preferencí pacienta.

### **3.2 Maastrichtský komunikační systém**

Dalším z kritérií, které bych ráda v oblasti rozvíjení komunikačních dovedností lékaře na úrovni pregraduálního vzdělávání zmínila, je Maastrichtský komunikační systém. Principy uvedené v systému jsou primárně určeny pro lékaře, nicméně mají širší platnost s přesahem i pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Jejich rozsáhlejší medializace a uplatňování v praxi by zajisté přispělo k prohlubování komunikačních dovedností lékaře v kontaktu s pacientem.

Holandská skupina Herra F. Kraana a jeho spolupracovníků sestavila, ověřila a nabídla zdravotnické veřejnosti tzv. Maastrichtský komunikační systém, shrnující požadované komunikační dovednosti, které doporučuje osvojit si jako samozřejmý postup při práci s nemocnými. Systém shrnuje šest zásadních okruhů:

1. Objasnění důvodů pacientovy návštěvy.
2. Shromáždění anamnestických údajů.
3. Navržení řešení a postupu.
4. Umění strukturovat rozhovor.
5. Zvládnutí mezilidského vztahu.
6. Zvládnutí komunikačních dovedností.

Pro účely předložené práce nebudu podrobně analyzovat jednotlivé okruhy, zmíním se především o těch, které mají přímou souvislost s komunikačními dovednostmi, které jsou po lékařích požadovány a na které se zaměřuji i v dalších částech práce. V první oblasti se uvádí například schopnost emocionálně vyjádřit svou účast na problému

pacienta, zeptat se na pacientovu představu požadovaného zlepšení aj. V oblasti shromažďování anamnestických údajů se klade důraz například na zjišťování životních okolností, které se vážou k současným potížím pacienta, prozkoumání kvality vztahů v rodině a nejbližším okolí pacienta. Ve třetím okruhu se zmiňuje, kromě jiného, diskutovat o kladech a záporech doporučeného řešení, zjištění, zda pacient nemá odlišný názor na problém a jeho řešení, diskutovat o rozdílných názorech, vysvětlit konkrétně, jak budou doporučení realizována, zpětná kontrola, zda pacient porozuměl navrhovanému doporučení. Představit se a vysvětlit svou roli a vztah k pacientovi hned na počátku rozhovoru, vymezit program rozhovoru jsou vybranými doporučeními čtvrté oblasti. V oblasti zvládnutí mezilidského vztahu je pozornost věnována umění povzbudit vzájemnou komunikaci, přiměřeně emočně reagovat, umění reagovat na emoční projevy, umět v případě potřeby použít meta-komunikační prvky, navodit u pacienta pocit uvolnění, když je třeba, stanovit a udržet přiměřené tempo rozhovoru, kongruentně sladit své neverbální projevy se slovním projevem, umět udržet oční kontakt s pacientem. V poslední oblasti systém doporučuje například užívat správně cílené otázky, konkretizovat problémy, umět udělat krátká a výstižná shrnutí probrané tematiky, poskytovat informace, kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci, používat srozumitelný jazyk (Honzák, 1999, s. 44 – 68). Z uvedeného vyplývá naléhavost zvládnutí verbální i neverbální stránky komunikace lékařem, uvědomění si vzájemné provázanosti neverbality a paraverbální stránky komunikace, která je žádoucí pro empatický přístup lékaře k pacientovi. V současném světě techniky, možností diagnostických a léčebných procedur, specializací v medicínské péči se nemocný člověk leckde stává jen objektem, který je odeslán z laboratoře na vyšetření, putuje se svým záznamem, který se ve snaze o nejpřesnější diagnostiku rozšiřuje o výsledná šetření. Absence psychologicko – sociálně – spirituálního přístupu, avšak se stanovenou diagnózou, léčebným plánem, pomíjí potřeby pacienta, jejichž trvalé neuspokojování může opět vést k projevům nemoci.

## 4 DIDAKTIKA KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVY LÉKAŘŮ

Jádro kapitoly tvoří pohled na význam didaktiky nejprve z obecného hlediska, poté stručně zmapuji vývoj didaktického myšlení s uvedením významných osobností a jejich přínosu pro rozvoj didaktiky. V neposlední řadě zmíním souvislost obsahu a cílů výuky jako výchozích pojmů didaktické teorie. Didaktické principy využívané v komunikační přípravě lékařů jsou logickým pokračováním kapitoly. Závěrem této kapitoly uvádím požadavky na studijní program všeobecného lékařství ve vztahu k rozvoji komunikačních dovedností lékařů.

### 4.1 Vývoj didaktického myšlení

Didaktika (řec. *didaskein*) znamená učit, vyučovat, poučovat, jasně vykládat, dokazovat. Dle údajů slovníku spisovné češtiny má didaktika dvojí význam:

- obor pedagogiky zabývající se vyučovacím procesem,
- poučná nebo výchovná tendence (Filipec, 2007, s. 58).

Vzhledem k zaměření práce uvedeme stručný nástin počátků didaktiky prostřednictvím vybraných osobností, které přispěly k rozvoji didaktického myšlení. První spis *Nova didactica* z roku 1612, jehož autorem je německý pedagog Wolfgang Ratke, jako první uvádí v názvu slovo didaktika označující učební postup. Tento spis byl pro Komenského výzvou k sepsání díla *Didaktika velká* z roku 1657, ve kterém didaktiku chápe jako *ars docendi* – všeobecné umění. Již počátkem 17. století lze rozlišit pojmy *didactica generalis* (obecná didaktika) a *didactica specialis* (speciální didaktika), a to u německého pedagoga Helwiga (Janík, 2011, s. 1–2). Komenský považuje za metodické východisko své didaktické soustavy myšlenku všeobecné harmonie. Didaktiku chápe jako „... nauku o vyučování ... podávající všeobecné umění, jak učit všechny všemu.“ (Komenský, 1960). Patočka (1997, s. 270) nastiňuje názorový vývoj Komenského od „pamětného osvojení reálného světa“ k „přirozenému světlu“ osvětlujícímu myšlení každého člověka probouzejícího se činností. Tímto Komenský dává do souvislosti slova a aktivity žáka, která mají vycházet z logických souvislostí, co žáci vidí, slyší a cítí. Tento moment podporuje smysl a záměr mé práce a lze ho považovat za další teoretické východisko zkoumaného tématu. V 19. století chápal u nás didaktiku Lindner jako vědu vyučovatelskou a umění vyučovat. Pedagogické disciplíny doporučuje doplnit o logiku, sociologii, psychologii a etiku. Počátkem 20. století měla na didaktické myšlení podstatný vliv teorie amerického pragmatika Deweyho, který chápe výchovu jako zpracovávání

zkušeností. Poznání není podle něj cílem, ale jen prostředkem. Podle našeho pedagoga Chlupa je didaktika teorií vyučování, která řeší otázky funkcí, cílů, obsahů, metod, prostředků a organizačních forem vyučování. Ve druhé polovině 20. století se vytváří různé didaktické modely, například modely koncipované v Německu. Model didaktiky založené na teorii vzdělávání je rozvinut do modelu kriticky konstruktivní didaktiky (Klafki), který zdůrazňuje úlohu didaktiky ve smyslu vedení žáků k sebeurčení, spoluurčení a solidaritě. Didaktika orientovaná na učební cíle (Bloom, Möller), jejímž základem je analýza cílového chování žáků, má stanoveny přesné dílčí cíle vyučování a učení. V rozvinutí modelu didaktiky založené na teorii učení a vyučování (Schulz) je zohledněna skutečnost, že výuka je ovlivňována rovněž faktory institucionálními a společenskými. Didaktika založená na teorii kurikula (Robinsohn) je didaktikou zaměřenou na obsahovou stránku edukačních procesů, kriticky komunikativní didaktika (Popp) zdůrazňuje význam sociální dimenze výuky, přichází s požadavkem symetrické komunikace ve výuce. Konstruktivistická didaktika (Reich, Vyskočilová, Dvořák) se orientuje na kategorie, jako jsou např. porozumění, zkušenost, jednání. Staví na předpokladu, že žáci si své znalosti či pojetí učiva musí sami konstruovat. Vyučování je chápáno jako vytváření didaktických situací, v nichž se žákům dostává příležitosti vytvářet, modifikovat, zdokonalovat své dosavadní znalosti. Velkým přínosem didaktického myšlení jsou směry rozvíjené ve Francii, například transpoziční didaktika (Chevallard) nebo psychologická didaktika (Aebli), která byla vytvořena se záměrem vyvodit didaktické zásady z Piagetovy teorie kognitivního vývoje. V průběhu 20. století dochází k interakci evropského a angloamerického didaktického myšlení, zvláště v pracích Skinnera, Blooma, Tylera, Glasera, Brunera, Ausubela, Gagného a dalších (Janík, 2011, s. 2).

V širším pohledu lze říci, že didaktika se zabývá nejen vzdělávacím obsahem, ale i metodami vyučování a procesem učení. Skalková uvádí: *“V průběhu historického, sociálně-ekonomického i kulturního vývoje se měnily požadavky na výchovu a vzdělávání i jejich funkce. Spolu s tím se měnil i obsah pojmu didaktika... Ani v současné době neexistuje obecně přijímaná definice.”* (Skalková, 2008, s. 13).

Obdržálek (2003, s. 6) uvádí pojetí profesionální didaktické činnosti podle Brezinky jako schopnost racionálně zdůvodňovat. V jeho pojetí, pedagogové, kteří ovládají didaktiku, vykazují převážně:

- ovládnutí široké škály modelů učitelského chování;
- kvalitnější zohlednění existujících podmínek;



- schopnost najít logické propojení mezi diagnózou situace a rozmanitými akčními možnostmi.

Poslední uvedená kompetence pedagoga tvoří podstatu přístupu pedagoga ve výuce komunikace lékaře v pregraduálním vzdělávání. Diagnostika modelových situací z klinické praxe, úroveň intelektových schopností jedince, zkušenosti z osobního i pracovního života umožňuje kreativně nacházet taková situační řešení, která se studentovi stávají předlohou při dalším setkávání. Obdržálek (1997, s. 6 -7) akcentuje, že didaktika se neorientuje na studenta jen jako na individuum, ale všímá si sociální dimenze spojené s jeho vyučováním a učením se. Upozorňuje na potřebu chápat didaktiku nejen ve vztahu k triádě učitel-učivo-žák, ale rozšířit ji o čtvrtou dimenzi, společnost. Rovněž z prací zahraničních autorů je možné sledovat nejednotnost definování didaktiky jako vědní disciplíny, což pramení především z toho, že každý zdůrazňuje jinou oblast při definování předmětu didaktiky (Obdržálek, 2003, s. 9). Český přístup v chápání didaktiky jako jednoty vzdělání a vzdělávacího procesu vychází již po několik staletí z osvojených a zažitých systémů Komenského, Pestalozziho, Rousseaua, Herbarta, Fröbela, Freinera (Podlahová, 2012, s. 16 - 17).

Za humanizační pojetí předmětu didaktiky (a pro naše účely nejbližší) považujeme vyjádření Lahna který považuje didaktiku za analyzující a reflektující pozorování vzdělávacího a vyučovacího procesu s cílem společensky orientovat, efektivně a hospodárně ztvárnit záměrný vliv pedagoga ve třech rovinách chování a jednání člověka k světu – v rovině kognitivní, emocionální a pragmatické (Lahn, 1972, s. 566). Vliv humanistické psychologie zdůrazňuje aktivitu učícího se jedince, učení má být smysluplné, učitel nemá být mentorem, ale pomocníkem při hledání cesty řešení. Uvedené pojetí nejvýstižněji uvádí celý rozsah didaktiky komunikace a osvojování komunikačních dovedností, které jsou předpokladem efektivního a profesionálního přístupu lékaře v péči o pacienta. Závěrem lze souhlasit s výrokem Skalkové (2008, s. 15), ve kterém konstatuje: *„Didaktický proces nelze vysvětlit bez zřetele k jeho obsahu a naopak, funkci obsahu nelze vyjádřit bez jeho začlenění do procesu učení a vyučování.“* Didaktické znalosti obsahu výuky jsou znalosti, které pedagogovi umožňují transformovat náplň předmětu do forem, které jsou *„pedagogicky účinné, a přesto přízpůsobivé schopnostem studentů.“* (Shulman, 1987s. 1–21).

## 4.2 Předmět a pojmová struktura didaktiky

Tradičně se předmět zájmu obecné didaktiky rozprostírá mezi triádou tvořenou vyučováním, učením a učivem. Níže stručně uvádím pojmovou strukturu obecné didaktiky, jak ji prezentují současné české učebnice oboru. Skalková (2008) řadí mezi základní pojmy obecné didaktiky vzdělání (jeho cíle, pojetí, obsah a funkce), učivo (jeho výběr a uspořádání v pedagogických dokumentech), vyučování (osvojování vědění a organizace procesu učení žáků, výukové metody, organizační formy vyučování, didaktické prostředky). Maňák (2003) uvádí v pojmové struktuře: systém výuky (cíl výuky, obsah výuky, typy výuky, fáze výuky), technologie výuky (metody výuky, organizační formy výuky, didaktické prostředky, výsledky výuky, antropogenní činitelé výuky, prostředí výuky), výchovně vzdělávací proces a cyklus výuky. Autoři Kalhous, Obst a kol. (2002) předkládají tyto pojmy: činitele výuky (žák, učitel, učivo, sekundární škola, mimoškolní prostředí), vyučování a učení (pedagogicko-psychologická diagnostika a evaluace, pedagogická komunikace a interakce, didaktické zásady, výukové cíle, organizační formy výuky, výukové metody, učební úlohy, materiální didaktické prostředky), projektování, realizace a evaluace výuky (Janík, 2011, s. 3).

Didaktika se v současné době výrazně diferencuje, takže vznikají její dílčí disciplíny, oborové didaktiky, které souvisí s vývojem nových potřeb ve vzdělání, rozvojem vědy a techniky. Didaktika obecná a oborové didaktiky jsou ve vzájemném vztahu. Obecně platné didaktické poznatky jsou uplatňovány v praxi prostřednictvím oborových didaktik. Koordinační funkce didaktiky spočívá především ve vytváření učebních plánů, sylabů a řešení problémů, které přesahují rozsah oborových didaktik. Rychtera se při hledání místa oborové didaktiky vrací ke Komenského „Didaktice veliké“ a uvádí přesvědčení o významu didaktiky, již tehdy považované za všeobecné umění s nejobecnějším cílem *„vedení mládeže ke všemu, co patří k životu přítomnému i budoucímu“*. Jejím prostřednictvím jsou v didaktice komunikace uplatňovány poznatky obecné pedagogiky, sociální a pedagogické psychologie, ošetřovatelství a dalších pedagogických, psychologických a klinických disciplín, neboť každá z vědních disciplín má dnes interdisciplinární charakter (Rychtera, 2002, s. 15 – 20).

Výchozími kategoriemi didaktiky jsou cíle a obsah vzdělávacího procesu. Jak uvádí Vorlíček, při vymezování cílů výchovy lze vycházet ze dvou základních oblastí: analýzy požadavků společnosti na jedince a empirické metody. Narůstající požadavky společnosti a kvantum informací, které je nutné implementovat do procesu vzdělávání, vedou k nutnosti neustále cíle a obsah a metody vzdělávání inovovat (Vorlíček, 2000, s. 51). Cílem je tedy

zamýšlený, očekávaný výsledek, ke kterému se ve vyučování směřuje (Filová, 2002; Šimoník, 2005; Vališová, Kasíková a kol., 2008). V současnosti se užívá například definování cílů v rovině kognitivní, afektivní a psychomotorické. *Kognitivní* cíle mají těžiště ve vzdělávání jedinců. V rámci pregraduální komunikační přípravy lékařů by šlo o předložení teoretických poznatků a informací jednotlivých tematických oblastí, které slouží jako báze pro nácvik dovedností. Jak však uvádí Valenta (2013, s. 141) Bloomova taxonomie kognitivních cílů „*se hodí k osobnostně sociální výchově jen částečně.*“ Cíle jsou uvedeny jako výkony sestavené v určité hierarchii, avšak neodpovídají psychosomatickým aktivitám, rozvinutým interakcím komplexně. Totéž platí pro oblast Krathwolovy taxonomie afektivních cílů. *Afektivní* cíle mají těžiště ve výchově jedince. Sledují vytváření hodnot, postojů názorů, etických norem, hodnotových orientací. Uvedená oblast cílů je částečně ve výuce komunikace plněna zvláště v oblastí respektování individuality při komunikaci s handicapovaným jedincem, nevléčitelně nemocným a podobně. Poznáváním hodnot a žebříčku priorit těchto pacientů dochází k uvědomování si ceny vlastního života a svých postojů. Pro oblast kognitivních a afektivních cílů Valenta (2013, s. 142) doporučuje využití Niemierkovy taxonomie – používání znalostí v problémových situacích, z hlediska afektivních cílů první dva stupně taxonomie - účast v činnosti a pokusy o činnost. Daveova taxonomie *psychomotorických* cílů sleduje dosažení psychomotorických dovedností. Těžiště psychomotorických dovedností je ve výcviku jedince. Na tomto místě opět uvádím doporučení Valenty (2013, s. 142) využít k nácviku psychomotorických dovedností taxonomii Simpsonové, která začíná vnímáním činnosti, přechází k připravenosti, napodobení, mechanizaci činnosti, jejíž osvojením vzniká činnost tvořivá. Vhodnými výukovými metodami, kterých je možné v rámci komunikační přípravy lékaře využít, dochází nejen k osvojování verbálních a neverbálních dovedností, ale i k rozvoji vnímavosti, empatie, naslouchání jedince (Podlahová, 2012, s. 31). Znalost cíle je významným prvkem v učební činnosti studenta. Jeho ztotožnění se s ním, znamená silný motivační prvek. V této souvislosti Obdržálek upozorňuje, že „*...jen dosažený cíl motivuje a posiluje sebedůvěru žáka*“, ovšem upozorňuje také na to, že „*...cíle s delší perspektivou jsou významné v tom, že pomáhají občas překlenout nepřitažlivé částečné cíle.*“ (Obdržálek, 2003, s. 87). Vezmeme-li v úvahu vysokoškolského studenta, jehož výběr konkrétní vysoké školy je výběrem jeho vlastním, můžeme předpokládat již dostatečně silnou motivaci ve vztahu k výkonu povolání. Jinými slovy řečeno, lze uvažovat, že i snaha zlepšit své komunikační dovednosti lékaře v rámci vysokoškolské přípravy, bude vycházet z jeho motivace úspěšně dokončit studium a stát se

kvalitním odborníkem v lékařské péči. Obecně lze klást důraz na to, aby byly cíle formulovány:

- jako činnost vyjádřená slovesem nebo slovesnou vazbou;
- jako činnosti objektivně pozorovatelné, kontrolovatelné, měřitelné;
- jednoznačně formulované.

Tyto závěry potvrzují přístup a požadavky Národního kvalifikačního rámce terciárního vzdělávání, projektu Q-Ram, který formuluje v národních deskriptorech výstupy učení do tří kategorií: odborné znalosti, odborné dovednosti a obecné způsobilosti, v nichž ukazuje příklady nesprávného, příliš obecného stanovení výstupů z učení, které nesplňují předpoklady mezinárodní prostupnosti oborů vysokých škol, viz kapitola 1.2. Dalším pojmem, který zmíním v této kapitole je pojem kurikulum. Definice kurikula není jednoznačně v literatuře formulována. Rozumí se jím většinou „*celek učebního plánu a sled předmětů, specifické obsahy látky, souhrn zkušeností, které získávají žáci, vyučovací metody, prostředky a pomůcky, které odpovídají daným obsahům, adekvátní příprava učitelů.*“ (Skalková, 2008. s. 77). Obsah vyučování je základním prostředkem k dosažení výukových a vzdělávacích cílů. Obsah vyučování je obvykle uváděn jako „*souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a zájmů, které si jedinec osvojil prostřednictvím vzdělávacího procesu.*“ (Vališová, Kasíková a kol. 2008, s. 143). Nejužívanější pojetí pojmu kurikulum uvádí Průcha, Walterová, Mareš: „*Kurikulum je obsah veškeré zkušenosti, kterou žáci získávají ve škole a v činnostech ke škole se vztahujících, její plánování a hodnocení.*“ (Průcha, Walterová, Mareš In Průcha, 2009, s. 237).

Závěrem této kapitoly lze konstatovat, že obecná didaktika obsahuje značné množství témat, kterými se zabývá a která mají různou důležitost. Za klíčové lze považovat čtyři aspekty:

- Aspekt obecného cíle (čemu se vyučuje a učí), která formuluje ideál či hlavní cíl vzdělávání. Tímto ideálem může být např. „harmonicky rozvinutá osobnost“ nebo „emancipovaný jedinec“ atd.
- Aspekt obsahu (co se vyučuje a učí) se vztahuje ke tvorbě kurikula, jde o vymezení obsahů vzdělávání.
- Aspekt zprostředkování (jak se vyučuje a učí) tato problematika spadá do oblasti metodiky, zahrnuje rozhodování o volbě metod výuky s ohledem na cíle a obsahy vzdělávání.

- Aspekt vztahu mezi osobami zúčastněnými na vyučování a učení se vztahuje k interakci a komunikaci, která se ve výuce odehrává mezi učitelem a žáky. Toto hledisko je klíčové v modelu komunikativní didaktiky (Heursen *In* Janík, 2011, s. 4).

### 4.3 Didaktické principy ve výuce komunikace lékařů

Didaktické principy jsou obecné předpoklady, které odpovídají zákonitostem výuky, korelují s výchovnými a vzdělávacími cíli a určují charakter výuky (Kurelová, 2009, s. 268). V současné době se uplatňují následující didaktické principy, jež významnou měrou podporují dosažení optimálních výsledků během vyučování. Vzhledem k velkému množství a různým variantám jejich uvedení v dostupné pedagogicko - psychologické literatuře, uvádím jen zásadní, které výrazně souvisí s výukou tématu komunikační přípravy lékařů na pregraduálním stupni vzdělávání.

*Princip přiměřenosti* – důraz je kladen především na to, aby cíl, obsah, formy i prostředky výuky byly adekvátně přizpůsobeny jak psychickému, tak fyzickému stavu studenta. V případě studentů všeobecného lékařství vychází tento princip z uspořádání učiva v průběhu studia, z přechodu od preklinických předmětů ke klinické výuce.

*Princip uvědomělosti* – podstatou je, aby student rozuměl vyučované látce a nepostrádal její smysl. Při uplatňování tohoto principu nelze opomenout studenty motivovat tak, aby se téma pro ně stalo zajímavé, zvolit vhodné vyučovací formy a metody s přihlédnutím k výkonům studentů. V pregraduální přípravě lékařů jsou metody a formy specifické vzhledem k věku, zkušenostem a zvláštnostem dospělého jedince. Předpokládá to orientovat vyučování nejen na stránku rozumovou, ale i volní a emoční. Úkolem je postupně rozvíjet probouzející se zájem o dané téma a navozovat širší souvislosti s poznatky z ostatních oborů. Zvláště v přípravě budoucích lékařů, lze tento princip beze zbytku uplatnit, jelikož jejich dosavadní zkušenosti většinou poskytují široké pole informací, které aplikují do osobního života. Princip uvědomělého osvojování je podporován aplikací analýzy a syntézy poznatků a jevů a situací, odhalováním vnitřních vztahů a souvislostí mezi jevy, uplatňováním příčinných souvislostí při vysvětlování jevů.

*Princip postupnosti* – se vyznačuje potřebou postupovat při výuce od obecných představ ke specifickým. Postupnost zcela zásadní se stává pro studenty ve chvíli, kdy by měli na základech svého vzdělání budovat a rozšiřovat další vědomosti. Zvláště na pregraduálním stupni vzdělávání se využívá schopnosti studenta samostatně vyhledávat a kriticky

analyzovat prameny, které s probíraným tématem souvisí a stavět na poznatcích tímto způsobem získaných.

*Princip výchovnosti* – jeden ze zásadních vyučovacích principů. Důraz je kladen na vyváženost všech složek výchovy: rozumové, mravní, estetické, pracovní, tělesné. Při získávání poznatků, vědomostí, dovedností v komunikační přípravě lékařů je ovlivňován do určité míry postoj a názor studenta prostřednictvím nových informací. Uplatňování principu výchovnosti se odráží především ve výuce empatického přístupu k handicapovaným nemocným či umírajícím pacientům.

*Princip cílevědomosti* – nejen na vysokoškolském stupni vzdělávání je pro studenta bezpodmínečně nutná znalost cíle výuky, která může být pro něj výrazným motivačním prvkem. Od správně formulovaného stanoveného cíle se odvíjí další zásady didaktického působení učitele.

*Princip aktivity* – se zakládá na těch vyučovacích metodách, které pomáhají studentovi vyjádřit vlastní názory, posílit sebevědomí i pomoci při rozhodování, rozvoji tvořivosti. Vědomosti, dovednosti se mají stát výsledkem studentovy vlastní aktivní činnosti. Cirbes (1990) v této souvislosti uvádí zákonitosti, z nichž vybírám tyto:

- Aktivní činnost je nejefektivnější, když se zakládá na vysoké míře samostatnosti a tvořivosti.
- Progresivní silou aktivity je vnitřní motivace studenta, zájem o vzdělání a respekt k jeho schopnostem, možnostem a potřebám.
- Nepostradatelným didaktickým momentem při aktivizaci studenta je využití jeho vlastních zkušeností a dosavadních poznatků.

*Princip trvalosti* – student by si měl učební látku natolik zapamatovat a osvojit, aby získané znalosti dokázal nejen kdykoli použít, ale rovněž aby obohatil a doplnil své dřívější poznatky. Vzdělávání lékařů v komunikační oblasti a aplikace osvojených dovedností v praxi potvrzuje tento didaktický princip. Osvojit si dovednost komunikace například s problémovým pacientem, znát postupy řešení zátěžových situací jsou příklady, ve kterých je lékař trvale uplatňuje. Vnímání má být podmíněné jasným, srozumitelným, kvalitním výkladem učitele. Jak uvádí Obdržálek (2003), úspěšné uplatňování tohoto principu, předpokládá vyšší úroveň kultury duševní práce – nepřetěžovat studenta nadbytečným množstvím nepodstatných faktů, schopnost časové strukturace učiva a logické návaznosti jednotlivých celků atd.

*Princip názornosti* – konkrétní a jasné představy na základě smyslového prožitku umožňují jedinci probíranou látku pochopit a vnímat veškeré souvislosti. Studenti si

uplatňováním této zásady vyjasňují pojmy na základě bezprostředního prožitku jevu. Jak uvádí McCroskey, komunikace tvoří přemostění mezi učitelem, který má určité vědomosti a žákem, který má určitou kapacitu k učení. Poznatky, které mají studenti získat, jsou mediovány skrze komunikaci (McCroskey, 2006, s. 15 – 28).

*Princip spojení teorie s praxí* - student by měl být ve škole připraven tak, aby při vstupu do života nejen uměl, ale chtěl něco dokázat. Aplikace teoretických poznatků a hledání jejich souvislostí v praktickém životě umožňuje lépe zvládat běžné životní situace a být lépe připraveným je zvládat. Tento princip lze považovat za primární při výuce komunikace lékařů, kteří tak mohou být lépe a kvalitněji připraveni na náročné situace, s nimiž se setkávají v každodenní praxi.

*Princip individuálního přístupu* – pedagog zohledňuje psychické i fyzické předpoklady, zájmy, zkušenosti, osobnostní charakteristiky, dosavadní vzdělání i zdravotní stav u každého studenta jednotlivě. V současnosti je v pregraduální přípravě lékařů v oblasti komunikace s danou časovou dotací tento princip obtížné uplatňovat.

*Princip zpětné vazby* – jednou z nejdůležitějších zásadních informací pro učitele je zpětná vazba o tom, zda je jeho výuka pro studenty přínosem, jak si učivo osvojili, zda pochopili všechny souvislosti a význam probírané látky. Tato forma sebereflexe umožňuje především dál rozvíjet a tříbit učitelovy pedagogické schopnosti a kreativitu. Princip zpětné vazby je ovšem možné chápat nejen jako reakce studenta na učitelovo počínání, nýbrž zpětná vazba je v rámci mé výzkumné části poskytována samotným studentům prostřednictvím analýzy videozáznamů jejich výstupů. Uvedená didaktická zásada o zpětnovazebném hodnocení přínosu výuky pro studenta se stává jedním z pilířů předložené práce.

*Princip vědeckosti* – každý učební obsah, užitý při výuce, se orientuje na soulad se stavem vědeckého poznání oboru. Zvláště medicína založená na důkazech - Evidence Based Medicine (dále jen EBM), integruje nejlepší externí poznatky z klinického výzkumu v souladu s nejnovějšími publikovanými a kriticky vyhodnocenými výsledky klinického výzkumu. Zahrnuje klinické zkušenosti a odborné schopnosti lékaře správně využít nových znalostí a dovedností pro posouzení klinického stavu pacienta a očekávání pacienta, zejména respekt k pacientovým přáním, stanoviskům, preferencím a potřebám. (Obdržálek, 2003; Filová, 2002; Šimoník, 2005). Praxe založená na důkazech – Evidence Based Practice (dále jen EBP), je považována za základní součást zdravotnické péče na všech

úrovních a očekává se od všech zdravotnických profesionálů (Thorsteinsson, Sveinsdóttir, 2014, s. 572).

Má-li být vyučování úspěšné, není možné některé didaktické principy abstrahovat od jiných. Účinek každého z nich je podmíněný současným působením všech ostatních. Na konci 20. století došlo k postupným změnám při pohledu na vyučování a začínají se utvářet další didaktické principy, například *Princip úcty a respektu k žákovi*, *Princip orientace na pozitivní stránky osobnosti jedince*, *vytváření pozitivní sociální, emocionální a pracovní atmosféry*, *Princip převahy kladného hodnocení*, *orientace na radost a prožitek*, *uspokojení z úspěšné práce a Princip spolupráce, kooperace žáků*, *orientace na vzájemnou pomoc*.“ (Šimoník, 2005, s. 75).

#### **4.4 Požadavky na studijní program všeobecného lékařství ve vztahu k rozvoji komunikačních dovedností lékařů**

Požadavky na studijní program všeobecného lékařství jsou stanoveny ve Vyhlášce MZ ČR187/2009 Sb. ze dne 10. června 2009, s účinností platnou od 1. července 2009 o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecného lékařství, zubního lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecného praktického lékařství. V § 2 uvedené vyhlášky je uveden Studijní program všeobecné lékařství, který stanovuje minimální požadavky k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře. Kromě získávání znalostí a dovedností ve vědních oborech, na kterých je všeobecné lékařství založeno, v klinických oborech a klinické praxi jsou explicitně stanoveny v bodě e) a g) této vyhlášky:

- e) znalost profesní etiky kontaktu lékaře s pacientem,
- g) praktické dovednosti v komunikaci s pacientem s důrazem na práva pacientů a jejich uplatňování.

Přesné znění minimálních požadavků viz

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonStruct.jsp?page=0&idBiblio=68868&recShow=2&nr=187~2F2009&rpp=15#parCnt>

Jak je patrné z dokumentu MZČR, studijní program kromě rozvoje teoretických vědomostí rovněž klade důraz na získávání praktických dovedností v interakci lékaře a pacienta v klinických podmínkách. Předpokladem kvalitní a smysluplné přípravy na reálné komunikační situace ve zdravotnickém zařízení je připravenost studenta k řešení a zvládání náročných životních situací, které ve zdravotnické péči nejsou ojedinělé. Setkávání se



s možnostmi řešení výjimečných situací, byť v rámci modelových situací, lze považovat pro studenta za přínosné a podněcující.

V rámci vysokého školství je obsah vzdělání určen odbornou orientací dané vysoké školy. Každý vědní obor začleňuje nové poznatky z výzkumu do výuky průběžně. Tím, že zastaralé a neplatné informace třídí, nahrazuje je novými, platnými, podloženými závěry z výzkumných prací, dochází k novému stanovování obsahu výuky v reakci na současný stav vědní disciplíny. Uvedený směr vývoje potvrzuje i výuka komunikace a komunikačních dovedností lékařů v pregraduálním vzdělávání, jejíž obsah se přizpůsobuje novým požadavkům lékařské praxe. Důkazem toho je i obsah volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ vyučovaného na 2. LF UK. Kromě teoretického základu, o kterém lze uvažovat, že je na všech fakultách v ČR v předmětech komunikace stejný, je kladen mimořádný důraz na nácvik afilantního stylu chování, aktivního naslouchání a neverbální komunikace. Vycházím z výsledků každoročního hodnocení nemocnice v rámci zvyšování kvality lékařské a ošetrovatelské péče, které se ve zdravotnickém zařízení provádí. Podrobná analýza výsledků jednotlivých kategorií za Fakultní nemocnici Motol je k nahlédnutí u autora. Toto hodnocení probíhá nejen na úrovni zdravotnického zařízení, ale rovněž i na úrovni celostátního srovnání.

Pro doplnění informací uvádím na tomto místě přehled předmětů magisterského studijního programu všeobecného lékařství ve vztahu ke komunikaci, který je uveden na oficiálních webových stránkách jednotlivých lékařských fakult v České republice. Předměty jsou uvedeny v kategoriích povinné, povinně volitelné nebo výběrové. Tučně jsou vyznačeny ty předměty, v jejichž názvu je komunikace primárně uvedena a lze tedy soudit, že osvojování komunikačních dovedností je prioritní náplní. V převážné většině se jedná o jednosemestrální předmět zakončený zkouškou, zápočtem nebo kolokviem. Časová dotace u předmětů je různorodá, viz tabulka 3.

**Tabulka 3** Přehled předmětů se zaměřením na komunikaci

Název předmětu	Fakulta	Typ předmětu	Ročník / Semestr	Ukončení	Časová dotace P/S/C
Lékařská psychologie a psychoterapie <sup>1, 2</sup>	1. LF UK	povinný	3. ZS, LS	Z	2/0/2
Lékařská psychologie a psychoterapie <sup>3</sup>	1. LF UK	povinný	4. ZS	KZ	1 týden
Lékařská etika a psychologie	2. LF UK	povinný	4.		blok

<b>Komunikační dovednosti</b>	2. LF UK	volitelný	2. /LS	Z	10/0/10
<b>Profesionální komunikace</b>	2. LF UK	volitelný	3. /LS	Z	10/0/10
<b>Komunikační dovednosti v praxi lékaře</b>	3. LF UK	povinně volitelný	3./ZS, LS	Z	0/0/30
<b>Lékařská psychologie a komunikace s nemocným.</b>	LF UK HK	povinný	3. /ZS	Z, ZK	10/15/0
Lékařská psychologie a etika	LF Plzeň	povinný	3. /ZS		1/1
Lékařská psychologie	LF Ostrava	povinný	2. /LS	Z, ZK	15/0/15
<b>Neverbální komunikace</b>	LF Ostrava	výběrový	2. LS	Z	1/0/1
<b>Komunikace ve zdravotnictví</b>	LF Ostrava	výběrový	2. /ZS	Z	0/0/15
<b>Komunikace a sebezkušenost</b>	LF Brno	Nelze specifikovat	ZS	K	0/0/2
Lékařská psychologie a psychosomatika	LF Brno	Nelze specifikovat	ZS	Z, ZK	2/3/0
<b>Etické základy komunikace pro odbornou praxi</b>	LF Olomouc	povinný	1. /ZS	Ko	0/5/10
Lékařská psychologie 1, 2	LF Olomouc	povinný	2./ZS, LS	Z, ZK	15/0/15
<b>Komunikace s pacientem v praxi</b>	LF Olomouc	povinný	3. /LS	Z	0/5/7
Psychologické aspekty v péči o pacienta	LF Olomouc	volitelný	4. ZS/LS	Z	1/0/3

(Zdroj: Autor)

Na základě uvedeného si lze položit otázku, zda je komunikační příprava lékařů v pregraduálním vzdělávání dostatečná a zda nezasluhuje větší pozornost v rámci komplexní přípravy na lékařské povolání. Je za uvedené časové dotace možné zodpovědně hovořit o znalostech profesní etiky kontaktu lékaře s pacientem a praktických dovednostech absolventů v komunikaci, vycházejících z vyhlášky MZČR?

## 5 VÝUKOVÁ METODA JAKO DIDAKTICKÝ PRVEK

V úvodu kapitoly zmiňuji nejprve význam výukových metod jako faktoru určujícího úroveň efektivity vyučovacího procesu komunikace, současnou klasifikaci výukových metod a kritéria, která ovlivňují volbu vhodné výukové metody v oblasti komunikační přípravy lékařů v pregraduálním vzdělávání.

### 5.1 Význam výukových metod

*„Naší didaktiky začátkem i koncem budiž: hledat a nalézat způsob, podle něhož by vyučující učili méně, ti však, kdo se učí, naučili se více,...“* (Komenský, 1946). Rozvoj metod výuky lze chápat již od prostého napodobování činnosti dospělých, naslouchání příběhům, přes antickou metodu přednášky, sokratovského rozhovoru přes pamětní memorování církevních textů až po Komenského přirozenou metodu poznávání světa. V současnosti se metody neprezentují jako „recept“ k úspěšnému učení, ale akcentují i stránku vzdělávajícího se a reálných podmínek, v nichž výuka probíhá (Podlahová a kol., 2012, s. 51 – 52). Výukové metody, které jsou začleněny do celého výchovně vzdělávajícího systému, nemohou existovat izolovaně. Jsou cestou, kterou je student veden k osvojení stanovených cílů, v našem případě cílů v oblasti komunikačních dovedností. Jak již bylo zmíněno, hlavními cíli jsou znalosti v oblasti profesní etiky jednání lékaře s pacientem a praktické dovednosti v komunikaci s pacientem. Lze konstatovat, že výuková metoda je koordinovaný systém vyučovacích činností učitele a učebních aktivit studentů. Jsou neododdělitelnou a nevylučitelnou součástí edukačního procesu. Bez odpovídajících metod nelze splnit cíle výuky (Maňák, 2003, s. 33). K základním strukturálním prvkům vyučovací metody, kterou chápeme jako vyučovací a učební činnost, řadíme: motiv činnosti; cíl činnosti; plánování činnosti; operativní obraz činnosti; praktická realizace; zpracování průběžných informací; rozhodování; kontrola výsledků činnosti; korekce dalšího jednání. Tyto složky se vzájemně opakují, vedou postupně ke zdokonalování činnosti jak pedagoga, tak lepšímu chápání učiva studentem. Informace, které přednášející zprostředkuje, se v průběhu učení stávají znalostmi jedince. Jednotlivé kroky vyučovacího procesu lze důsledně uplatňovat ve výuce komunikačních dovedností lékařů, ve které zvláště fáze diagnózy dovedností studentů a jejich aplikačních možností tvoří jádro upevňování a rozvoje úrovně profesionální komunikace. Nelze říci, který z prvků vyučovací metody je nejpodstatnější. Lze však uvažovat o významném postavení motivace studenta k nácviku komunikačních dovedností, empatie, umění naslouchat, jelikož současný systém

vzdělávání na lékařských fakultách je zaměřen na získávání co největšího množství objektivních a přesných anamnestických údajů o onemocnění pacienta, čímž jsou komunikační dovednosti zatlačovány do pozadí, a student, veden touhou získat informace, není schopen pacienta vnímat jako osobnost z holistického pohledu.

Pojem metoda pochází z řeckého slova *methodos*, v překladu znamená cestu za něčím, postup, způsob. Petlák definuje metodu jako záměrný, cílevědomý, uvědomělý postup, směřující k dosažení stanoveného cíle (Petlák, 2004). Cirbes ji charakterizuje jako *„systémové didaktické uspořádání učiva v součinnosti učitele a studentů v souladu s didaktickým principem a ve spojitosti s didaktickými prostředky materiální povahy a organizačními formami výuky, zaměřené na racionální dosahování stanovených cílů výuky.“* (Cirbes, 1990, s. 91). Maňák (2003) popisuje vyučovací metodu jako cestu, po níž se ve škole ubírá žák, ostatní činitelé tuto cestu usnadňují. Skalková reprezentuje vyučovací metodu jako *„způsob záměrného uspořádání činnosti učitele a žáků, které směřují ke stanoveným cílům.“* (Skalková, 2008, s. 181). Pro zvyšování kvality výchovně vzdělávacího procesu je nezbytné přijmout úlohu výukové metody jako angažované spoluúčasti studenta na výukovém procesu, jejímž prostřednictvím pedagog žákovi cestu poznávání strukturuje a facilituje. Na pregraduálním stupni vzdělávání lékařů, zvláště v komunikační přípravě, předpokládáme značnou spoluúčast studenta na výukovém procesu. Vzhledem k faktu, že proces učení chápeme jako vzájemnou součinnost učitele a studenta, není možné metody ve výuce realizovat bez tohoto vzájemného působení. Metoda je součástí komplexu různých činitelů, kteří vyučovací proces ovlivňují a podmiňují. *„Pomyslnou vazbu učitel – žák – obsah učiva lze doplnit o kategorii didaktických prostředků“*, tak, jak uvádějí Maňák, Švec (2003 s. 21). Jak již bylo zmíněno, výukové metody přenášejí, transportují cílové skupině studentů učivo, usnadňují poznávat a chápat realitu, do které je vsazeno a tím formovat jejich postoje, názory a následné aktivity, které vychází z požadavků na studijní plány. Při pregraduálním vzdělávání lékařů jsou to především potřeby pacientů, jejichž uspokojování je prioritou a cílem každého terapeutického procesu. Nejen zvládnutí praktických dovedností, ale i empatie, naslouchání, porozumění a vnímavost lékaře je součástí těchto aktivit. Jestliže cíle výchovně vzdělávacího procesu zahrnují získávání a rozvoj vědomostí, dovedností, návyků, postojů, názorů, sociálních kompetencí, myšlenkových procesů, pak není možné lineárně přiřadit jednu metodu k obsahu výuky, protože konkrétní náplň vyučovacího procesu se utváří ve vzájemné součinnosti studenta, vyučujícího a na základě momentálních výukových podmínek: časové dotace, psychologické charakteristiky

studentů; věkové, fyzické možnosti studentů; úroveň jejich připravenosti; charakteristiku celé skupiny studentů; zvláštností externích a prostorových podmínek; zkušeností studentů a úroveň jejich teoretické přípravy; schopností studenta zvládnout určité metody i osobnostní vlastnosti učitele. Maňák uzavírá pojetí výukové metody za předpokladu výše uvedených vztahů jako „*uspořádaný systém činnosti učitele a učebních aktivit žáků směřujících k dosažení daných výchovně-vzdělávacích cílů.*“ (Maňák, Švec, 2003, s. 23).

## 5.2 Funkce výukových metod

Primární funkcí výukové metody je zprostředkování nových vědomostí, dovedností – *funkce informativní*. Výuková metoda užitá ve výukovém procesu by však neměla být statickým prvkem, který se nemění, protože učiteli vyhovuje. Jak uvádí Maňák, z provedeného výzkumu v roce 2000, týkajícího se výukových metod, vyplynuly zajímavé údaje. Mimo jiné učitelé pracují převážně s metodami tradičními, nechutí ke změně v používání dosavadních metod, které považují za dostačující a malý zájem o metody alternativní. Je namístě zmínit další funkci výukové metody – *funkci aktivizační (formativní)*, která umožňuje zvládání postupů, výkonů, intervencí, manuálních technik, rozvíjí myšlenkové procesy a jejím prostřednictvím se žáci motivují. Jako významnou se jeví *komunikační funkce* výukové metody, která je předpokladem každé sociální interakce v rovině učitel žák, potažmo lékař pacient (Maňák, Švec, 2003, s. 24). Osvojení této role pomáhá rozvíjet vnímavost lékaře vůči pacientům, vůči sobě navzájem. *Funkce rozvoje klíčových kompetencí*, kterou uvádí Belz a Siegrist (2001, s. 30), patří k dalším nepřehlédnutelným funkcím výukových metod. Tyto se rozvíjí jen při aktivní činnosti a jsou vázány na konkrétní obsahovou náplň výuky. Podle autorů ke klíčovým kompetencím patří komunikace, kooperace, aplikace technik učení, organizace práce apod. Vyvozují závěr, že výukové metody nerozvíjí jednotlivé kompetence ve stejné míře, proto je nutné obsáhnout širokou škálu a nabídku výukových metod tak, aby každá kompetence dostala příležitost se dostatečně rozvíjet.

## 5.3 Klasifikace výukových metod

V didaktické literatuře existuje řada snah o klasifikaci vyučovacích metod. Je však nemožné vytvořit jednotný kategorizační systém bez ohledu na možnosti klasifikovat metody podle různých hledisek. Přístupy třídění vyučovacích metod jsou různorodé. Pro účely výuky komunikačních dovedností a zaměření mého výzkumu zmíním jen klasifikaci podle Maňáka, Švece (2003, s. 49). Autoři dělí výukové metody na tři základní skupiny:

metody klasické, aktivizující a komplexní, podle složitosti vazeb prvků edukačního procesu.

**Tabulka 4** *Klasifikace výukových metod*

Výukové metody	
Klasické	
	Metody slovní (vyprávění, vysvětlování, přednáška, práce s textovým dokumentem, rozhovor)
	Metody názorně demonstrační (předvádění, pozorování, práce s obrazem, instruktáž)
	Metody dovednostně praktické (napodobování, manipulování, experimentování, vytváření dovedností, produkční metody)
Aktivizující	
	Metody diskuzní
	Metody heuristické
	Metody situační
	Metody inscenační
	Didaktické hry
Komplexní	
	Frontální výuka
	Skupinová a kooperativní výuka
	Partnerská výuka
	Individuální, individualizovaná výuka
	Kritické myšlení
	Brainstorming
	Projektová výuka
	Výuka dramatem
	Otevřené učení
	Učení v životních situacích
	Televizní výuka
	Výuka počítačem
	Sugestopedie, superlearning
	Hypnopedie

(Zdroj: *upraveno dle Maňák, Švec, 2003*)

Užití výukových metod ve vyučovacím procesu má svá kritéria. Jak již bylo zmíněno, není přípustné, aby pedagog využíval metody podle svého momentálního naladění, ale musí respektovat určité podmínky jejího užití. V prvé řadě se řídí cílem a obsahem výuky, úrovní fyzického a psychického vývoje studenta, zvláštnostmi studijní skupiny, vnějšími podmínkami výchovně vzdělávacího procesu (prostředí, hluchnost, technické vybavení, uspořádání prostoru atd. a v neposlední řadě zmiňovanou osobností učitele. Rozhodování o tom, kterou metodu učitel zvolí, by se mělo dít po pečlivém zvážení a analýze edukační situace. Není to jednoduchý proces a vyžaduje časový prostor a dokonalé zvážení všech možností a parametrů vyučovacího procesu. Vyučovací metody není možné užívat konstantně, mechanicky, což by v tomto případě vedlo ke strnulému, nezáživnému a jednotvárnému průběhu vyučování. Je třeba připustit, že každá nová, neobvyklá metoda, která je poprvé využita ve vyučování, vyžaduje odvahu, trpělivost, její dokonalé zvládnutí, připravenost a zejména invenci učitele.

## 6 VYBRANÉ VÝUKOVÉ METODY V KOMUNIKAČNÍ PŘÍPRAVĚ LÉKAŘŮ

V této kapitole zmiňuji jen vybrané vyučovací metody, které jsou nejčastěji využívány v jednotlivých tematických oblastech při výuce komunikace v magisterském studijním programu oboru všeobecného lékařství na 2. LF UK. Není účelem podrobně analyzovat všechny metody, kterých je možno v rámci komunikační přípravy využít. Mým záměrem je zaměřit se především na vybrané komplexní metody, jako efektivní článek nácviku komunikačních dovedností. Z logického důvodu však zmíním nejprve metody klasické, které jsou využity v teoretické části výuky.

### 6.1 Vybrané monologické metody a jejich užití ve výuce komunikace

Z klasických monologických metod se ve vyučovacím procesu uplatňuje především přednáška. *Přednáška* je náročnou metodou jak pro vyučujícího, tak pro žáka. Své místo zaujímá především při vzdělávání vysokoškolských studentů a dospělých. Má delší ucelený projev, zprostředkující rozsáhlejší, závažné téma. Je jasně strukturovaným celkem, vyžaduje delší soustředění. Negativem této vyučovací metody je, že nebere v úvahu rozdílné osobnostní charakteristiky studentů, vylučuje jejich aktivitu, stanovuje jednotné tempo a znemožňuje průběžnou zpětnou kontrolu pochopení předkládaného učiva. Mezi její pozitiva patří využití živého slova, které může zaujmout, podnítit zájem o téma, vyvolat citové prožitky, přednášející má přímý vliv na časový rozsah. Je to rychlé, efektivní a aktuální předání informací. V pojetí L. Andersena je pedagogickou strategií přednášky „*zabývání se myšlenkami*“ (Rohlíková, Vejvodová, 2012, s. 23). V průběhu výkladu je možné využít tzv. „provokační princip“, který spočívá v tom, že vyučující vyslovuje sporná tvrzení, která jsou motivující a didakticky přínosná. V současnosti se do popředí dostávají tzv. interaktivní přednášky, kdy učitel i během svého monologu vstupuje do častější interakce s posluchači, čímž se eliminují nevýhody klasické přednášky. Tento způsob je uplatňován především při tématu „Komunikace ve zdravotnické péči“. Cílem je probudit zájem studentů o tuto problematiku a nastínit současný stav úrovně komunikace na klinických pracovištích.

*Tematické oblasti využití monologických metod:* výuka problematiky komunikačního cyklu, funkce komunikace a její vazba v práci zdravotnického pracovníka, styly komunikace, komunikační motivy, formy komunikace, asertivita, asertivní práva, funkce postojů v komunikaci.



## 6.2 Metody práce s textovým materiálem a jejich užití ve výuce komunikace

Metody práce s textovým materiálem jsou metodou založenou na zpracování textových informací. Práce s textem může být dvojího charakteru: *reproduktivní* (student se učí novým informacím, které jsou v textu uvedeny) nebo *produktivní* (podněcuje tvořivost studenta). Osvojování metod samostatné práce s textovým materiálem je předpokladem dalšího sebevzdělávání a rozvoje jedince. Při práci s textem nejde jen o prostou reprodukci informací, student uplatňuje tzv. metakognitivní dovednosti (poznávání svého vlastního způsobu učení z textu, zkoumat text). Práce s textem slouží v případě výuky komunikace jako metoda přípravy na videovýstup, ve které student musí vyhodnotit relevantní informace k zadanému tématu. Mezi výhody práce s textovým materiálem patří především možnost individuálního tempa práce, podpora samostatnosti, rozvoj jedince v „umění“ pracovat s dostupnými prameny, odkazy, literaturou, hledat podstatu v textu, třídění myšlenkových pochodů při konstrukci vlastní osnovy obsahu předloženého materiálu (Maňák, 2003, s. 66).

*Tematické oblasti využití metod práce s textem:* modelové situace z klinické praxe, získávání informací o vybraných onemocněních ze všech oblastí medicíny, výuka asertivity, předávání informací, obsahová analýza a její verbální prezentace, tvorba případových studií, zvláštnosti komunikace s handicapovanými pacienty.

## 6.3 Vybrané dialogické metody a jejich užití ve výuce komunikace

Základem metod dialogických je verbální interakce mezi učitelem a žákem. K základním požadavkům na řízení dialogických metod patří: stanovení cíle dialogu, schopnost klást otázky a reagovat na ně, usměrňovat verbální aktivity, udržovat tematické linie dialogu, aktivizovat ty, kteří se neúčastní, shrnutí diskuze, sledovat neverbálních projevy účastníků, dodržovat pravidla společenského chování a jednání, ponechat dostatečný časový prostor na přemýšlení, stanovit pravidla „předávání slova“. Nejčastěji užívanou dialogickou metodou je rozhovor.

*Rozhovor* představuje verbální komunikaci mezi dvěma nebo více osobami v podobě otázek a odpovědí, které směřují ke stanovenému cíli. Plní svou úlohu při motivaci jedince, informuje o úrovni dosavadních vědomostí studentů, je prostředkem zpětné vazby při ověřování zapamatovaného, student má možnost pozměnit a zaujímat otevřeně své postoje, názory. Přínosným se jeví v oblasti rozhodování jedince a schopnosti argumentace. Hlavním cílem využití metody rozhovoru je naučit studenty řešit komplikace, rozvíjet jejich myšlení a tvořivost. Otázka je významným prvkem celé struktury rozhovoru, iniciuje

komunikaci, usměrňuje zaměření, sleduje cíl, vede k intenzivnímu myšlení, k prohlubování vědomostí atd. Další výhodou metody rozhovoru je okamžité odhalení nesprávné domněnky nebo představy, umožňuje učiteli posouzení, zda došlo k pochopení látky, přizpůsobuje tempo výuky možnostem studentů. K nevýhodám řadíme časovou náročnost a pozornost učitele zaměřenou na aktivizaci všech žáků ve stejné míře.

*Diskuse* je dialogickou metodou, která je charakterizovaná jako vzájemný rozhovor mezi všemi členy skupiny, v němž jde o vyjasnění stanovené problematiky (Skalková, 2008, s. 191). Jestliže je didakticky cílevědomě usměrňovaná, učí konfrontovat své názory s jinými a tím vytváří prostor pro eventuální změnu názorů studenta. Zařazení diskuze do výuky komunikace je vhodné tehdy, chce-li se pedagog seznámit s názory studentů, v případech, jestliže jsou tyto názory cenné pro ostatní studenty, jestliže se téma týká hodnotového systému jedince a jeho postojů, je-li cílem výuky utváření vlastních názorů a zaujetí postoje k názorům druhých a v neposlední řadě, má-li být diskuse prostředkem k nácviku na veřejné vystupování a zušlechťování kultury ústního projevu. Mezi hlavní zásady pro uplatnění metody diskuze patří: organizační příprava učitele, pokud to podmínky umožňují, je vhodné připravit prostorové uspořádání učebny, které by mělo vycházet z principu „všichni vidí na všechny“, příprava kladení otevřených, podněcujících otázek, neverbální podpora žáka k diskuzi, ponechávat dostatek prostoru pro odpovědi, otázky mají být kladeny všem, teprve pak by měl být osloven jednotlivec, otázky by měly být navazující, ne izolované, diskuze by měla být vedena cíleně. Další podmínky pro vedení diskuze platí stejné, jako pro vedení rozhovoru: stanovit podmínky předávání slova, zásada společenské slušnosti, zajistit prostor pro vyjádření všech zúčastněných, přiměřeně stejný časový úsek ve vyjádření pro všechny účastníky (Petty, 2000, s. 169).

V rámci dialogických metod je ve výuce komunikace využito metod tvořivého charakteru vedoucích k rozvoji kreativity studentů, například brainstorming, brainwriting aj.

*Brainstorming* (mozková bouře, burza nápadů) spočívá ve volné, velké okamžité produkci nápadů žáků, přičemž se neklade důraz na jejich správnost, kvalitu. Výhodou se jeví překonávání psychických a sociálních bariér z výstupu před skupinou u některých introvertních jedinců, tento faktor se ve značné míře vyskytuje i u vysokoškolských studentů, podněcování kreativních řešení, učení se konstruktivnímu přístupu, argumentaci, přijímat odlišné názory. Předpokladem užívání této metody jsou pravidla: princip produkce kvantity převažující nad kvalitou, princip ztráty autorského práva, neužívat kritiku, uvolnění fantazie, vzájemná inspirace, zápis všech nápadů, naprostá rovnost všech zúčastněných. Obměnou metody brainstormingu je *metoda Phillips 66*, která se

uskutečňuje ve dvou fázích. V první fázi se skupina studentů rozdělí na menší skupiny, které pracují samostatně formou burzy nápadů v té dané skupině. Po uplynutí časového úseku ve druhé fázi skupiny prezentují své výsledky, o kterých se po ukončení poslední prezentace pak diskutuje. Této metody lze využít při diskuzi o celospolečenských tématech, například osvojování dítěte u párů stejného pohlaví, eutanazie atd. Jinou variantou brainstormingu je *brainwriting*, jehož podstata spočívá v psaní nápadů na lístky. Samostatné, (barevné) lístky umožňují operativní práci s nápady, tj. jejich seřazování, přemísťování do skupin podle zadaných kritérií. *Snowballing (sněhová koule)* a *Buzz groups (bzučící skupiny)* jsou metody, jejichž cílem je aktivizace studentů, například po delším časovém úseku bez aktivity. Podstatou je práce postupně ve zvětšujících se skupinách. Smyslem těchto metod je záměr rozvíjet kompetence k řešení problémů jejich porozuměním, rozvíjet myšlenkovém operace, využívání dosavadních zkušeností a vědomostí. V neposlední řadě tyto metody vedou k prohloubení a utřídění znalostí, hledání vzájemných souvislostí, logických návazností. U studenta rozvíjí komunikativní dovednosti, schopnost naslouchat, diskutovat, akceptovat jiný názor, argumentovat, prezentovat své postoje. Rovněž týmová spolupráce, sdílení zájmu ve prospěch týmu je využíváním těchto metod posilováno. Této metody lze úspěšně využít například při nácviku akceptace cizích názorů, prezentace vlastních postojů atd.

#### **6.4 Vybrané kombinované metody a jejich užití ve výuce komunikace**

V rámci kombinovaných metod diskuze a aktivity při výuce komunikačních dovedností lékařů je smysluplné využití metody *Carousel (kolotoč)*, jejímž principem je přesné, jasné a srozumitelné vedení aktivity. Metoda vyžaduje osobní vyspělost studentů a dostatečnou míru znalostí. Metoda kolotoče rozvíjí kompetence k učení, dochází k uvědomování si pozitivních a negativních souvislostí, řešení tématu je ovlivňováno osobními zkušenostmi. Pozitivem metody je rovněž vybavování si maxima informací k tématu, čímž dochází k opakování již nabytých vědomostí. K dalším přednostem metody kolotoče patří rozvoj komunikačních dovedností, přesná interpretace názorů, argumentace, řazení faktů podle významnosti, schopnost naslouchání, reakce na protiargumenty, rozvoj asertivního způsobu komunikace. V oblasti sociálních kompetencí dochází ke schopnosti komunikovat ve stále měnících se skupinách, učení se personální akceptaci, sebeprosazení v týmu, upevnění osobního statusu ve skupině, vnímání týmové atmosféry, aj. Této metody je využíváno při výuce komunikace například v oblasti postavení lékaře ve společnosti, práva člověka na ukončení vlastního života, komunikace s minoritami apod.

*Mind mapping (myšlenková mapa)* je strategií učení, která podporuje aktivitu žáka. Je vhodná pro evokační fázi, zaměřuje se na grafické znázornění myšlenek a pojmů v jejich souvislostech, převádí verbální informace a pojmy do vizuální podoby a zároveň znázorňuje jejich vzájemné vztahy. Výsledkem je myšlenková mapa – produkt nového pohledu na souvislosti mezi dosavadními znalostmi. Mind mapping rozvíjí schopnost definovat klíčový pojem myšlenku, vyjadřovat souvislosti mezi pojmy, dovednost hierarchického uspořádání myšlenek, začlenit již existující informace do nového systému vědomostí. Z hlediska komunikativních kompetencí lékařů rozvíjí schopnost srozumitelně, přehledně a logicky se vyjadřovat, verbální interpretaci grafických vztahů, v oblasti sociálních kompetencí umožňuje schopnost týmové spolupráce, delegování úkolů v týmu, schopnost přijetí cizího názoru, změnu vlastního pojetí, postoje k tématu.

*Tematické oblasti využití dialogických metod:* modelové situace z klinického prostředí, nácvik vedení rozhovoru mezi lékařem a pacientem, aktivní pozorování, aktivní naslouchání hodnocení a analýza reakcí na chování pacientů, oblast způsobů řešení konfliktů mezi lékařem a pacientem nebo lékařem a rodinou pacienta, interpersonální konflikty a jejich zvládání, kooperace, kompetice, týmová spolupráce, asertivita, devalvace, evalvace a další.

## **6.5 Vybrané aktivizující metody a jejich užití ve výuce komunikace**

Další skupinu metod, na které v této části práce zaměřím pozornost, jsou aktivizující metody, které Maňák vymezuje jako „*postupy, které vedou výuku tak, aby se výchovně vzdělávacích cílů dosahovalo na základě vlastní učební práce žáků...*“ (Maňák, Švec, 2003, s. 105).

*Heuristická metoda* (řec. heuréka – objevil jsem) je metoda sloužící k nácviku tvořivosti, tvůrčího myšlení. Problémem jsou zde specifické situace, úkoly, které jedinec není schopen vyřešit na základě své aktuální zásoby vědomostí. Je podněcován k myšlenkové aktivitě, která musí ovšem překročit hranici vnímání subjektu a vzbudit zájem o jeho řešení. Při využívání heuristických metod se jedinec naučí odlišovat skutečné problémy od pseudoprobémů, chápat podstatu problému, pronikat do struktury problému a nalézat řešení problémových situací. Problémové vyučování se nejvíce zcela běžnou vyučovací metodou, ač má své přednosti, které zvláště u vysokoškolského studenta podporují rozvoj profesionálních dovedností v daném oboru. Jak uvádí Zormanová, problémová úloha by měla splňovat určité požadavky: měla by navazovat na dosavadní osvojené poznatky; měla

by být přiměřená věku, vědomostem a schopnostem studenta; měla by vzbuzovat zájem a chuť poznávat a měla by mít problémový obsah (Zormanová, 2012, s. 78).

V kategorii problémových metod využívám v pregraduální přípravě lékařů v rámci nácviku komunikačních dovedností rovněž *Gordonovu metodu*. Cílem je vytvořit úplně nové a originální řešení zadaného problému. Tato metoda předpokládá širší rozsah vědomostí a znalostí, zkušenosti, vyšší úroveň mentálních schopností studentů. Metoda podporuje rozvoj myšlenkových operací, vnímání, hledání logických souvislostí, sledování linie vývoje tématu a prohlubuje dosavadní znalosti z mezipředmětových vztahů. V rovině komunikativních dovedností rozvíjí stručné, jasné vyjadřování myšlenek, akceptování názorů druhých, schopnost se přizpůsobovat tempu ostatních členů skupiny (Kotrba, Lacina, 2011, s. 137- 138).

*Tematické oblasti využití heuristických metod:* problematika řešení problémů s různými typologiemi pacienta (agresivní, depresivní, úzkostný, histriónský pacient aj.), týmová kooperace, interpersonální vztahy na pracovišti, motivace jedince, devalvace, evalvace, mobbing, bossing.

K aktivizujícím metodám výuky, které jsou v pregraduální přípravě lékařů uplatňovány, mohu dále zařadit *metody situační*. Jak již z názvu vyplývá, jsou zaměřeny na reálné situace ze života nebo obtížné jevy, které vyvolávají potřebu jejich řešení. Hlavním přínosem situačních metod je jejich přesah do reálného společenského života. Podstatu situačních metod tvoří reálná událost s komplexem vztahů a okolností. Předpokladem uplatňování této metody ve vyučovacím procesu je dobré zvážení dispozic studenta, jeho dosavadních vědomostí, zkušeností, úroveň jeho myšlenkových operací, samostatnost v rozhodování, schopnost argumentace. Postup řešení problému za použití situační metody je sice různorodý podle cíle, charakteru situace, složitosti situace, ale základní fáze postupu se opakují a lze je shrnout do těchto kroků:

- Vytvoření skupin.
- Prezentace případu (slovní, písemná, obrazová).
- Získávání upřesňujících informací z dalších zdrojů.
- Řešení případu (individuálně, ve skupině, kombinovaně).
- Prezentace řešení problémů.
- Analýza variant řešení problému (diskuze ve skupině).
- Zhodnocení výsledků.
- Zobecnění závěrů (Maňák, Švec, 2003, s. 121).

*Metody inscenační* patří mezi aktivizující metody, jejichž podstatou je praktické simulování problémové situace, simulace nějaké události s hraním rolí. Důvodem, proč využívám tuto metodu při výuce komunikace je pochopení příčin lidského chování v určitých situacích, schopnost empatie prostřednictvím vlastního jednání a prožívání hrané role. Mezi inscenační metody pro naše účely zařadíme také metodu *role play* (*hraní rolí*).

*Hraní rolí* umožňuje demonstraci schopností, nápadů, představ a pocitů studenta v simulovaných situacích na základě skutečné životní zkušenosti. Vzhledem k zaměření mého výzkumu zvláště ve druhé části, využívám ve výuce komunikačních dovedností zvláště tuto metodu. Role lékaře, který má dle scénáře informovat pacienta nebo rodinného příslušníka o stanovené diagnóze, léčbě, léčebném režimu a prognóze, je zaměřena nejen na předávání zásadních informací o onemocnění, ale také na dovednost aktivního naslouchání, které je ve zdravotnické péči považováno za významný atribut hodnocení spokojenosti pacienta. Hraní rolí je hodnotná vyučovací metoda, zejména v medicíně, při výuce komunikace a osvojování komunikačních dovedností všech zdravotnických pracovníků, lékaře nevyjímaje. Umožňuje studentům vyrovnat se s mnohými náročnými životními situacemi, umožňuje zážitek se „*sebepoznávacím potenciálem*“, vede ke zdokonalení techniky verbálního i neverbálního projevu (Valenta, 2010, s. 59). Metoda hraní rolí umožňuje zpětně si uvědomit nejen chování, postoje a schopnosti pacienta, ale především své dispozice. Rozvíjí komunikační kreativitu, kompetence k pracovnímu uplatnění, ověřuje jejich využitelnost v praxi, využívá získaných poznatků z příbuzných oborů a podporuje jejich implementaci do osobního života jedince, podporuje rozvoj sociálních a komunikativních kompetencí a v neposlední řadě vytváří respekt k názorům druhých, úctu k jejich vidění světa (Vohradský et al, 2009, s. 16). Další výhodou *role play* je poskytnutí zkušeností, které studenti ve skutečném světě neměli ještě možnost získat, umožňuje tím rozvinout dovednosti, aniž by zažívali důsledky eventuálních chybných rozhodnutí. Hraní rolí je považováno za efektivní nástroj výuky. Zjednodušeně lze konstatovat, že vyučování touto metodou předpokládá tři základní fáze:

- Prostudování scénáře (u vysokoškolského studenta jeho přípravu).
- Příprava a rozdělení rolí, přehrávka určených rolí.
- Zhodnocení průběhu hodnotiteli (Sitná, 2009, s. 80).

Výhodou inscenačních metod je především intenzivní prožitek aktérů v situaci, který jim umožňuje pochopit prožívání, vcítit se do pozice jiného člověka, rozvíjet interpersonální vztahy, porozumět vztahům a postojům, které prožitek v roli vyvolává. Negativem může

být nedostatečná motivace ke ztvárnění rolí, leckdy u nezkušeného pedagoga může student brát inscenační metodu jen jako prostředek zábavy bez efektu prožitku role.

*Tematické oblasti využití aktivizačních metod:* výuka asertivity a různých druhů chování pacienta, uspokojování bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb pacienta, vytváření pozitivních emocí v rámci komunikace, řešení problémových situací, afiliantní styl komunikace, interakce lidí různých věkových skupin, nonverbální komunikace a její subkapitoly, verbální komunikace – logické a poetické sdělení, paralingvistické projevy řeči, vnímání hlasových proměn, zvláštnosti vztahů ve zdravotnickém týmu aj.

Závěrem této kapitoly lze uvést, že při aktivitě vzniká jakási zkušenost, která se dobře uchovává v paměti, protože při prožívání jsou k zpracování vjemů zapojeny téměř všechny smysly. Prožitek vlastní aktivity je tím hlubší a intenzivnější, čím je člověk otevřenější. Ve hře se člověk setkává s různými situacemi, které jsou v běžném životě leckdy obtížné. Má možnost získat zkušenost, jak v podobných situacích jednat. Důležité je, že student postavený před nějaký problém musí jednat nebo alespoň zaujmout nějaký postoj k dané situaci. Ať výzvu danou úkolem přijme či ne, vždy se dostává do konfrontace s ostatními členy skupiny, kteří poskytují bohatou zpětnou vazbu. Stejně tak má možnost uvědomit si své reakce ve vypjatých situacích, které bývají často nečekaně překvapivé a umožňují mu nahlédnout hlouběji, do svého já. Klíčovou roli v analýze využití aktivizačních metod má tzv. review, což je zpětný pohled na hru, ve kterém se rozebírá, jak studenti daný problém řešili, jak jej mohli řešit a poskytuje tak velké množství zpětných vazeb. Tím, že tematika rolí námi zvolená bývá náročnější než v běžném životě, rozvíjí student svoji odolnost, posunuje své hranice a získává zdravé sebevědomí. Řešení náročných úkolů umožňuje rozvoj kreativity, týmové spolupráce, komunikativních dovedností, sociálního citění a dalších vlastností potřebných nejen v profesním, ale i v každodenním životě.

## **6.6 Video jako prostředek rozvoje komunikačních dovedností**

Profesní učení, které je především skloňováno s pregraduální přípravou učitelů, je chápáno jako sociální proces vázaný na profesní situace. Vezmeme-li v úvahu pregraduální stupeň přípravy lékařů na jejich povolání, lze se zcela ztotožnit s výše zmíněným výrokem. Získávání profesních znalostí a dovedností je procesem, při kterém se náplň vyučovacího procesu stává aplikační situací. Z tohoto vychází i pojetí reflektivního vedení výuky, kde se studenti učí převážně jednáním. Proces je reflektivní především ze dvou hledisek. Jak uvádí Janík a kol. (2009, s. 83), „pomáhá studentům profitovat z reflexe v akci, a když to

*funguje, podněcuje dialog mezi koučem a studentem, který nabývá reciproční reflexe v praxi. “*

Lze si položit otázku, v čem lze spatřovat přínos využití videa ve výuce komunikace lékařů. Herzig a kol. (2005, s. 56) zdůrazňují, že videotrénink umožňuje studentům prožít reflektivní dialog, v němž figurují oni sami, nebo jiná osoba. Díky „vidění sebe nebo jiné osoby“ mohou nazírat na své vlastní jednání a chování s odstupem, konfrontovat je se svými aktuálními pocity, porovnávat se svými představami a reflektovat je na kognitivní úrovni. Videozáznamy podle nich plní především tyto úlohy: aktivizaci znalostí a modelů, pokud jimi jedinec disponuje, konstrukce znalostí a modelů na základě získaných dovedností, zaměření pozornosti na dílčí aspekty (umožňuje korekci, doplnění, diferenciaci) a v neposlední řadě plní tzv. substituční funkci, kdy nahrazuje dosud nevytvořené modely. Každá situace, která je na videonahrávce zachycená, obsahuje mnoho dat. Je doloženo, že využívání videa je efektivní tehdy, když je student předem informován na jaké parametry hodnocení má zaměřit svou pozornost. Pokud by tomu tak nebylo, účinnost této metody by byla nízká, jelikož rozprostření pozornosti jedince dle jeho osobního nastavení a naladění by neumožnilo analýzu objektivních dat. Další výhodou je možnost rozvinutí diskuze kolem sledovaného aspektu. Výzkumné poznatky zabývající se vlivem videa a jeho účinností ve výuce se shodují, že video „někoho jiného“ se jeví jako vhodnější pro pozorování modelového jednání, video „sebe sama“ se jeví vhodnějším pro reflektivní učení, je východiskem pro změnu či rozšíření modelů jednání. Audiovizuální záznam můžeme považovat za trénink percepce, analýzy a komunikačních zpráv (Valenta, 2010, s. 61). Videonahrávky je možné využít nejen jako ilustrativní doplněk výuky, ale především, a to je cíl našeho výzkumu, jako východisko pro intervence. U nás se touto oblastí dlouhodobě zabývají, Svatoš, Janík, Švec. I přesto, že jejich výzkum je zaměřen na utváření učitelských dovedností, vidíme z našeho pohledu metodu videotréninku jako vysoce účinnou ve vzdělávání komunikačních dovedností lékařů. Jak uvádí Černý, přímé pozorování, audio a video nahrávky patří mezi nejoblíbenější prostředky získávání dat, protože umožňují zkoumat verbální a neverbální chování vzájemně působících jedinců (Černý, 2009, s. 46). Rozhovory vedené v běžných podmínkách zdravotnické praxe se vyznačují krátkostí, někdy strohostí řečeného. Aby rozhovor s pacientem vedený lékařem nepostrádal smysl a splňoval atribut kvalitní zdravotnické péče založené na uspokojování potřeb pacientů, doporučují Špatenková a Králová (2009, s. 61) využívat efektivních technik aktivního naslouchání. I při krátkém rozhovoru lze pacienta povzbudit, zrcadlit a parafrázovat jeho pocity, průběžně objasňovat, sumarizovat a v závěru ocenit pacientovu



snahu. Kontakt s nemocným, s rodinou, interpersonální problematika, vyvíjí náročné situace na úspěšné zvládnání rozhovorů. Přípravenost, pohotovost, účinné jednání a chování může být samozřejmě získáno zkušenostmi, nicméně je to proces dlouhodobý, a pokud vezmeme v úvahu požadavky na výstupní dovednosti lékařů po absolvování vysokoškolského studia, pak je oprávněná naše snaha lékaře připravit již během pregraduální přípravy a pomoci jim se na situace připravit a upevnit určité modely jednání a chování. Metoda videotréninku interakcí (dále VTI) je využívána především v pedagogickém působení učitele ve vyučovací hodině, v sociální oblasti například při zjišťování vlivu rodiny na zvládnání problémového dítěte, nebo ve zdravotnické péči, například při navazování sociálního kontaktu zdravotnického pracovníka s hospitalizovaným dítětem v náhradní rodinné péči. Tak jako metoda VTI vychází ze základního předpokladu, že kontakt s ostatními lidmi je pro vývoj dítěte důležitý, lze zodpovědně říci, že tento předpoklad platí i pro roli pacienta ve vztahu k lékaři, potažmo zdravotnickému pracovníkovi. Prostřednictvím interakce a komunikace mezi lékařem a pacientem sleduje výše uvedená metoda schopnosti studenta učit se uspokojování základních psychologických potřeb pacienta: *potřebu vztahu* - navázat důvěru v lékařskou péči, získat pocit jistoty a bezpečí, zachování vlastní identity; *potřebu kompetence* - ponechání možnosti spolurozhodovat o léčebném postupu, motivace ke změně životního stylu; *potřebu autonomie* - volby vlastního aktivního přístupu ve zvládnání náročných životních situací (Gillernová, Krejčová a kol., 2012, s. 64; Mertin a kol., 2012, s. 285). Základní východiska VTI lze zodpovědně aplikovat na oblast nácviku získávání komunikačních dovedností studentů, v rámci volitelného předmětu na 2. LF UK. Metoda videotréninku interakcí mezi studenty všeobecného lékařství a pacienty ve vybraných modelových situacích, využívá vlastních vytvořených videonahrávek komunikačních situací, které prostřednictvím jejich analýzy poskytují studentům zpětnou vazbu, což vede ke zvýšení pocitu jejich kompetence účinně jednat, v neposlední řadě vede k upevnění a rozvíjení jejich profesních dovedností. Pro účinnou sebereflexi student potřebuje zpětnou vazbu o svém chování, jednání, získanou právě například prostřednictvím videozáznamu. Gillernová, Krejčová a kol. (2012, s. 63) dodávají: „*Sebereflexe umožňuje vést vnitřní dialog se sebou samým.*“ Model videotréninku interakcí pro poskytování zpětné vazby ve výchovně vzdělávacím procesu založený na komunikačních dovednostech používaných v klinické praxi může být značně užitečný i v profesní přípravě lékařů (Milan, Parish, Reichgott, 2010). Jak je patrné z řady zahraničních studií, které se zabývají rozvojem komunikačních dovedností v pregraduální přípravě

lékařů, účinek nácviku modelových situací, kde těžištěm je interakce s pacientem, je výrazný. Vede mě to ovšem k zamyšlení, zda jsou ve stejné intenzitě realizovány i studie s touto tematikou v pregraduální přípravě lékařů u nás (Academic medicine, 2012; BMC Medical Education, 2012; Medical Teacher, 2006). Hodnotu videa jako základu sebehodnocení uvádí i studie autorů Zicka, Granieriho, Makoula, která mapovala komunikační dovednosti studentů lékařství a na základě získaných výsledků vytvořila iniciativu, která posiluje potřebu výuky zaměřenou na rozvoj komunikačních dovedností zařazenou do osnov celého studia (Zick, Granieri, Makoul, 2007).

Jak uvádí Valenta (2006, s. 14 - 15) základními cíli v rozvoji osobnostních a sociálních dovedností studenta, jsou například sebepoznání, sebeporozumění, vytváření příznivých mezilidských vztahů, rozvoj komunikačních dovedností, rozvoj kooperace, akceptace odlišných názorů, přístupů, uvědomění si mravního rozměru komunikační situace a další. Vezmeme-li v úvahu výše uvedené cíle osobnostního a sociálního rozvoje jedince a přičteme-li k uvedeným morální rozměr interakce lékař pacient a další, pak lze videotrénink interakcí považovat za vysoce užitečný nástroj v rozvoji dovedností, jelikož zprostředkuje detailní záznam v posunu daných dovedností. Metoda VTI učí studenty principům úspěšné komunikace tím, že nalézá úspěšné verbální i neverbální prvky komunikace v jednání jedince (Gillernová, Krejčová, 2012). I u studentů všeobecného lékařství v pregraduální přípravě lze konstatovat, že nácvik komunikačních dovedností probíhá efektivně, uskutečňuje-li se za příjemného emočního naladění. V této souvislosti je důležité si uvědomit vývojové tendence pro dané věkové období tzv. mladé dospělosti (Lébl a kol., 2007, s. 8) a těchto využít v rámci struktury výuky. Zde hraje velkou roli motivace studentů, atraktivita a nosnost tématu, jejich zkušenosti, snaha o poznání sebe sama a v neposlední řadě znalost cíle výuky volitelného předmětu. Atraktivním tématem se stává problém nebo situace, na které jsou studenti sami zainteresováni, kde cítí sami potřebu problém zvládnout a vyřešit. Tvůrčí přístup řešení situací vyžaduje od studenta hledat způsoby řešení v souladu s potřebami pacienta, analyzovat situaci hledáním nových informací, logických souvislostí poznatků medicínských oborů, čímž je splněn požadavek uplatňování mezipředmětových vztahů, které zvláště při studiu medicíny vystupují do popředí (Kolář, Šikulová, 2007, s. 56). Přínos metody videotréninku interakcí lze spatřovat v nácviku schopnosti analyzovat situaci, rozhodovat se, nácviku empatie, analyzovat potřeby pacientů, schopnost na ně reagovat, v kreativitě řešení situací a v rozvoji interpersonálních vztahů. Kanadský psycholog Bandura tvrdí, že člověk je úspěšný ve své

činnosti tehdy, když má předpoklady provádět určitou činnost a je sám přesvědčen, že pomocí této činnosti dosáhne očekávaného výsledku (Bandura, In Mareš, 2013).

Nezapomeňme, komunikace je dovednost. Každý ji může do větší či menší hloubky vylepšit. Hurst v úvodu své legendární Encyklopedie komunikačních technik upozorňuje, že komunikace není možná bez porozumění, společného východiska, uvědomění, sebevědomí, zřetelnosti a vnímání. Profesionální empatie je schopnost porozumět aktuálním pocitům druhých, přistupovat k nim bez předsudků a sdělit druhým lidem své porozumění. Je to jistě jedna z cest jak zlepšit výsledky opakovaných průzkumů spokojenosti pacientů s léčebnou a ošetrovatelskou péčí, které jsou součástí zjišťování kvality zdravotnické péče nejen v celostátním, ale i celosvětovém měřítku (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 74; Hurst, 1994, s. 17).

## **6.7 Videotrénink interakcí na 2. LF UK**

Kapitola je konečnou fází analýzy současného stavu komunikační přípravy studentů všeobecného lékařství, která je prvním stanoveným cílem výzkumné práce. Představuje logický přechod mezi teoretickou částí práce a předkládanou empirií. Popisuje aplikaci metody videotréninku interakcí ve výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“, jako výchozí teoretické hledisko pro výzkumnou část. Jak již bylo zmíněno výše, videotrénink interakcí má řadu předností, kterých je v maximální míře možné využít při nácviku komunikačních dovedností v pregraduálním vzdělávání lékařů, respektive dovednosti aktivního naslouchání a dovednosti předávání informace. Aby bylo posuzování komunikačních dovedností studentů objektivní, přesné a spolehlivé a identifikace sledovaných kategorií shodná se zkušeným pozorovatelem, probíhá před započítáním vlastního nácviku komunikačních výstupů vstupní seminář, ve kterém je využito výukové metody hraní rolí. Výuková scéna určená pro zácvik pozorovatele probíhá v modelové odborné učebně, která imituje nemocniční klinické prostředí tak, aby byla situace pro pozorovatele a aktéry co nejpřirozenější. Role pacienta ve scénáři jsou ztvárněny studenty vyšších ročníků magisterského programu všeobecného lékařství a bakalářského studijního programu všeobecná sestra podle předem stanoveného scénáře a po podrobné instruktáži soustředěující se na ztvárnění rolí. Tematickým východiskem pro tvorbu scénáře je komunikační situace mezi lékařem a pacientem, jejíž výskyt lze předpokládat v běžné každodenní klinické praxi (viz Příloha D). Student si náhodným výběrem volí z nabídky jedno z témat ke zpracování 10 - 15 minutového výstupu. Zpracovávaná témata jsou odlišná před zahájením výuky komunikačních dovedností a po jejím ukončení. Doba

přípravy a informačního zpracování tématu je jeden týden, v získávání informací nejsou určena žádná omezení s výjimkou zákazu využití informací ze zdroje wikipedie. Student během týdenní přípravy může konzultovat své pojetí výstupu s vyučujícím. Podmínkou videovýstupu je včasný příchod do výuky z důvodu eliminace rušivých jevů při natáčení a zajištění bílého pláště aktérů k dokreslení výstižnosti situace. Účast studentů na vstupní analýze sledované situace je předpokladem pro objektivní hodnocení komunikačního výstupu každého účastníka v roli lékaře, které je zaznamenáváno do pozorovacího archu. K metodě strukturovaného pozorování je předem připravený arch kategoriálních systémů (viz Příloha B).

Sledovanými komunikačními dovednostmi v rámci strukturovaného pozorování jsou: dovednost **aktivního naslouchání** (označenou jako komunikační dovednost **KD I**), a dovednost **předávání informací** (označenou jako komunikační dovednost **KD II**). Pozorovací arch stratifikuje dvě uvedené základní kategorie, na kategorii I/A, v níž sledují 6 projevů *verbálního aktivního naslouchání*: povzbuzení, objasnění, zrcadlení, parafrázování a sumarizace. V kategorii I/B projevy *neverbálního aktivního naslouchání* prostřednictvím 6 položek: udržení pohledu, postoj, gestikulace, mimika, pohyby a vzdálenost. Kategorie II/A sleduje *verbální stránku předávání informací* v 8 položkách: stručnost, výstižnost, srozumitelnost, přehlednost, plynulost, volba odborných výrazů a práce s hlasem. Kategorie II/B se zaměřuje na *neverbální stránku předávaných informací* v 6 položkách: udržení pohledu, postoj, gestikulace, mimika, pohyby a vzdálenost (viz Příloha B). Subjektivní vnímání je respondenty označeno vybraným číslem na stupnici 1 – 5, přičemž číslo 1 vyjadřuje naprosto nevyhovující, 5 zcela vyhovující provedení dovednosti. V rámci objektivního pozorování je provedeno hodnocení vlastního výstupu studentem (SH) a dále hodnocení jednotlivých výstupů odborníky, v tomto případě se jedná o pedagoga (SP1) a psychologa (SP2), aby byla zachována nejen objektivita, ale i možné rozdílné profesní chápání dané situace. Analýza videonahrávek vlastních výstupů se děje po předchozím souhlasu účastníků natáčení buď před skupinou, nebo individuálně s vyučujícím, po předchozí domluvě. Vždy je respektováno přání studenta, kterou formu hodnocení zvolí. Po ukončení tematické části s využitím videonahrávek je tato část výuky předmětu komunikace zakončena seminářem, na kterém je prostřednictvím řízeného rozhovoru se studenty (viz Příloha C) kvalitativně zjišťován benefit výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ z jejich pohledu. Z hlediska významu tvorby vlastních videozáznamů je uplatnění principu aktivizace možné shrnout do těchto základních oblastí: 1. Jasné, srozumitelné vymezení cíle, 2. Témata předkládat jako

problémová za účelem využití vlastní aktivity studenta, jeho zkušeností, přenesení nových poznatků prostřednictvím situací ze života, 3. Vést jedince k tomu, aby osvojené poznatky byl schopen uplatnit v praxi. Uvedené etapy jsou výchozími pro praktický nácvik komunikačních dovedností studentů uplatňovaný při řešení modelových situací, vycházejících z každodenní interakce lékaře a pacienta.

Kromě možnosti volby volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ je výuka komunikace koncentrována do povinného předmětu Ošetrovatelství v prvním ročníku studia. Časová dotace určená na téma komunikace je jedna přednáška v trvání 90 minut a jeden seminář v rozsahu 150 minut. V uvedeném časovém rozsahu je kladen důraz především na motivaci studentů, propojení tématu komunikace se situacemi v klinickém prostředí, sebezpoznání verbálních a neverbálních dovedností prostřednictvím aktivizujících forem výuky, tak aby bylo maximálně využito času, který je pro téma komunikace na 2. LF UK určen. Lze konstatovat, že v ostatních preklinických předmětech se otázkou komunikace studenti zabývají jen okrajově, tudíž intenzivní výuka tématu komunikace je soustředěna do povinného předmětu Ošetrovatelství, jehož součástí je zmíněná přednáška a seminář v uvedené časové dotaci.

## 7 PROBLÉM VÝZKUMU

Je možné považovat stávající komunikační přípravu lékařů v pregraduálním vzdělávání za přínosnou?

### 7.1 Cíle výzkumu

- Podat přehled současného stavu komunikační přípravy lékařů na úrovni pregraduálního vzdělávání na 2. LF UK.
- Provést komparaci sebehodnocení vstupních a výstupních dovedností studentů v komunikační přípravě v rámci výuky povinného předmětu „Ošetřovatelství“.
- Zjistit vliv komunikační přípravy na rozvoj vybraných komunikačních dovedností studentů v rámci volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“.
- Strukturovat formulář sledovaných dovedností jako přínosný prvek ve výuce komunikace na lékařské fakultě.

### 7.2 Hypotézy výzkumu

Za účelem dosažení jednotlivých cílů výzkumu jsem stanovila níže uvedené pracovní hypotézy:

#### Hypotéza 1

Předpokládám statisticky významný rozdíl mezi hodnotou sebehodnocení komunikačních dovedností studentů všeobecného lékařství před a po výuce povinného předmětu Ošetřovatelství, jehož součástí je tematický celek komunikace.

#### Hypotéza 2

Usuzuji, že nebude prokázán statisticky významný rozdíl v průměrné úrovni osobního komunikačního indexu studentů všeobecného lékařství mezi vyučovanými ročníky.

#### Hypotéza 3

Domnívám se, že existuje statisticky významný rozdíl ve vývoji komunikačních dovedností studentů všeobecného lékařství před a po absolvování volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“.

#### Hypotéza 3.1

Domnívám se, že existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnocením úrovně dovednosti **aktivního naslouchání** před a po výuce volitelného předmětu s uplatněním metody videotréninku interakcí.

### **Hypotéza 3.2**

Domnívám se, že existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnocením úrovně dovednosti **předávání informací** před a po výuce volitelného předmětu s uplatněním metody videotréninku interakcí.

### **Hypotéza 4**

Předpokládám, že nebude prokázán statisticky významný rozdíl ve vývoji komunikačních dovedností aktivního naslouchání a předávání informací v jednotlivých letech.

### **Hypotéza 5**

Domnívám se, že existuje statisticky významný rozdíl ve změně nárůstů osobních komunikačních indexů (OKI) u studentů, kteří volitelný předmět „Komunikační dovednosti“ absolvovali, proti těm, kteří ho neabsolvovali.

## **7.3 Metodika a metody výzkumu**

Výzkumné šetření probíhalo v několika fázích.

V **pilotní fázi** bylo nutné nashromáždit a řádně nastudovat odbornou literaturu na dané téma. Na základě formulace výzkumného problému a cílů práce v úvodní části výzkumu jsem stanovila pracovní hypotézy, na které jsem dotazníkovým šetřením zjišťovala odpověď. Po analýze získaných písemných záznamů, jsem byla nucena některé výroky pozměnit tak, aby jednoznačně a srozumitelně vyjadřovaly dané tvrzení v každé části výroku. Poté byla ustanovena definitivní podoba dotazníku.

**První fáze** vlastního výzkumného šetření byla realizována v akademickém roce 2010/2011. Následně probíhalo dotazníkové šetření v každém z následujících akademických let, tedy 2011/2012, 2012/2013, 2013/2014, naposledy v roce 2014/2015. Sběr dat byl proveden technikou anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření. *Dotazník osobního komunikačního indexu* (viz Příloha A) byl v dřívějších letech využit na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové Doc. PhDr. Tomášem Svatošem, Ph.D. S laskavým svolením autora jsme použili dotazník osobního komunikačního indexu i pro naše účely. Dotazník se zaměřuje na sebehodnocení verbálních a neverbálních dovedností, vnímání sociální situace při interakci s druhými, možnostmi zlepšení komunikačních nedostatků aj. Dotazník patří z hlediska metodologického zpracování mezi kvantitativní metody. Zároveň se řadí i mezi nejčastěji používané metody výzkumu. Podle Svobody (2010) mezi pozitiva dotazníkové metody můžeme zařadit získání velkého množství informací za poměrně krátký časový úsek, časovou úspornost způsobu vyhodnocení získaných dat a vzhledem k jeho anonymitě,

pravdivost odpovědí. Mezi jeho negativa lze ovšem zařadit jeho nízkou návratnost a neúplnost vyplnění některých otázek. Tyto aspekty jsem eliminovala přímým osobním zadáním a výběrem při výuce tematického celku komunikace. Každý prostředek výzkumného měření, tedy i dotazníkové šetření, by mělo splňovat základní požadavky kladené na dobré měření, kterými jsou validita a reliabilita. Jak uvádí Chráska (2010, s. 171), posouzení stupně validity je vždy do určité míry subjektivní a lze pro tyto účely doporučit, aby výzkumník nevycházel jen ze svých vlastních názorů, ale nechal je posoudit dalšími odborníky. Za tímto účelem byl dotazník posouzen pedagogem a psychologem. Stanovení reliability výzkumného nástroje bylo provedeno způsobem tzv. vnitřní konzistence (Gavora, 2000, s. 74). Výpočet byl proveden pomocí Cronbachova koeficientu alfa (Cronbach, 1951, s. 297-334), který určuje homogenitu a reliabilitu výzkumného nástroje. Dotazník osobního komunikačního indexu obsahoval v úvodní části identifikační údaje, tj. označení pohlaví respondenta a rok vyplnění dotazníku. K dalším identifikačním údajům náleželo číslo studenta. Jak již bylo zmíněno, dotazník byl anonymní, tudíž identifikace studenta pro zjištění jeho výchozího osobního komunikačního indexu a změn v této oblasti byla učiněna na základě přiděleného čísla, nikoliv jména studenta nebo jeho iniciál. Položky dotazníku osobního komunikačního indexu tvořily výroky, které byly subjektivně probandy hodnoceny na 5 stupňové Likertově škále. Respondenti měli možnost vybírat mezi škálou odpovědí 1 – naprosto s výrokem nesouhlasím až 5 – zcela s výrokem souhlasím. Jednotlivé číselné symboly zapisovali studenti do lomených závorek za příslušným výrokem. Dotazník pro zjištění osobního komunikačního indexu obsahoval 28 otázek, přičemž některé otázky byly složené, tudíž jsem získala celkem 47 výroků. **V první fázi výzkumu bylo mým cílem provést komparaci sebehodnocení vstupních a výstupních dovedností studentů v rámci výuky povinného předmětu Ošetřovatelství, jehož součástí je tematický celek komunikace.**

Ve **druhé fázi** výzkumu jsem podle stanovených cílů zvolila metodu *pozorování*, tedy sledování činností respondentů. Základní podmínkou při kvantitativně orientovaném výzkumu je informovanost pozorovatele co a jak bude pozorovat, na jaké sledované jevy své pozorování zaměří. Zhotovením *videozáznamů komunikačních situací* a jejich analýzou jsem zjišťovala, zda došlo u studentů k posunu vybraných komunikačních dovedností. Sledovanými komunikačními dovednostmi byly: v první části pozorovacího archu *dovednost aktivního naslouchání* (označenou jako kategorií KD I), ve druhé části pozorovacího archu *dovednost předávání informací* (označenou jako kategorií KD II). Záznam, za tímto účelem vytvořený, stratifikoval dále dvě uvedené základní kategorie, na



kategorii I/A, v níž jsem sledovala 6 projevů verbálního aktivního naslouchání, v kategorii I/B projevy neverbálního aktivního naslouchání prostřednictvím 6 položek, jejichž subjektivní vnímání bylo označeno respondenty vybraným číslem na stupnici 1 – 5, přičemž číslo 1 vyjadřovalo naprosto nevyhovující, 5 zcela vyhovující provedení dovednosti. Kategorie II/A se zaměřovala na verbální stránku předávání informací v 8 položkách, kategorie II/B sledovala neverbální stránku předávaných informací v 6 položkách (viz Příloha B). Subjektivní vnímání bylo respondenty opět zaznamenáno vybraným číselným označením na stupnici 1 – 5 s výše uvedeným významem jednotlivých stupňů. Pro potřeby splnění cílů týkajících se **vlivu výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ na rozvoj sledovaných komunikačních dovedností a strukturaře formuláře sledovaných komunikačních dovedností** jsem ve druhé fázi výzkumu získala 102 videozáznamů a jejich hodnocení účastníky výzkumného šetření. V rámci objektivní pozorování bylo provedeno hodnocení vlastního výstupu studentem (SH), pedagogem (SP1) a psychologem (SP2).

**Třetí fáze** výzkumu nastala po ukončení tematické části s využitím videonahrávek, tato část výuky volitelného předmětu byla zakončena seminářem, na kterém jsem prostřednictvím *řízeného rozhovoru* se studenty (viz Příloha C) kvalitativně zjišťovala přínos videotréninku interakcí ve výuce komunikačních dovedností z pohledu studentů.

První část výzkumného šetření (dotazník osobního komunikačního indexu) probíhala v letech 2010 - 2015. Celkem bylo v tomto období rozdáno 745 dotazníků. V akademickém roce 2010/2011 jsem získala 148 odpovědí, v akademickém roce 2011/2012 142 odpovědí, v akademickém roce 2012/2013 154 odpovědí, v akademickém roce 2013/2014 152 odpovědí, v akademickém roce 2014/2015 149 odpovědí. Získaných odpovědí vzhledem ke způsobu distribuce bylo získáno **745**, což je 100% odpovědí. Druhá část výzkumu (pozorování) probíhala rovněž v období akademických let 2010 - 2015. V akademickém roce 2010/2011 bylo provedeno 21 pozorování, v akademickém roce 2011/2012 20 pozorování, v akademickém roce 2012/2013 19 pozorování, v akademickém roce 2013/2014 22 pozorování a v akademickém roce 2014/2015 20 pozorování. Celkem bylo provedeno **102** videozáznamů komunikačních dovedností se zaměřením na dovednosti aktivního naslouchání a předávání informací.

## 7.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Záměrem mého výzkumného šetření byla analýza současného stavu komunikační přípravy lékařů v pregraduální sféře vzdělávání. Výběr respondentů výzkumného souboru tedy vycházel z výše uvedeného záměru. Jak uvádí Gavora (2000, s. 64), záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání. V mém případě byly relevantními znaky student/ka všeobecného lékařství, 1. ročník a prezenční forma studia.

Výzkumný soubor pro **první fázi** výzkumu tvořili studenti prvních ročníků magisterského studijního programu Všeobecného lékařství na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, kteří absolvovali výuku komunikace. Administrace dotazníků byla zahájena v roce 2010, ukončena v roce 2015. Dotazník *osobního komunikačního indexu - pre* v tištěné formě byl rozdán studentům 1. ročníku v zimním semestru při výuce povinného předmětu Ošetřovatelství, jehož součástí je přednáška věnována tématu komunikace v rozsahu 90 minut a seminář v letním semestru v rozsahu 150 minut. Dotazník *osobního komunikačního indexu - post* byl rozdán v 1. ročníku letního semestru po výuce semináře s tematikou komunikace v rámci povinného předmětu Ošetřovatelství. Pro posouzení úrovně osobního komunikačního indexu u studentů, kteří absolvovali volitelný předmět Komunikační dovednosti, byl dotazník *osobního komunikačního indexu - post* znovu rozdán studentům ve 2. ročníku zimního semestru po skončení výuky výše uvedeného volitelného předmětu.

Ve **druhé** výzkumné **fázi** tvořili výzkumný soubor studenti 2. ročníku magisterského studijního programu Všeobecného lékařství na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v období let 2010 – 2015, kteří si zvolili na základě vlastního rozhodnutí ve svém rozvrhu pro daný akademický rok volitelný předmět Komunikační dovednosti. Časová dotace předmětu od akademického roku 2013/2014 je 20 výukových hodin, v dřívějších letech časová dotace činila 25 výukových hodin. Vzhledem k efektivitě vyučovaného předmětu je počet možných přihlášek omezen na 20 studentů. Studenti jsou vybíráni systémem podle nejvyššího počtu získaných bodů, například za studium s vyznamenáním, tudíž výběr studentů do volitelného předmětu není přímo ovlivnitelný.

## 7.5 Charakteristika statistické analýzy výzkumu

Veškeré statistické výpočty byly provedeny v programovém prostředí a jazyce R (Core, 2013). Závěry vyplývající ze statistických analýz byly uzavírány na hladině

významnosti  $\alpha = 0,05$ , v případě opakovaných porovnání byla použita Bonferroniho korekce (Dunnett, 2012).

### **7.5.1 Preprocessing a processing dat**

Popisnou (deskriptivní) statistikou byla určena základní charakteristika zkoumaných souborů. Výsledky šetření, v mém případě kvantitativního, byly vyjádřeny číselným popisem a tvořily obraz studovaného hromadného jevu vzhledem k vyšetřovanému souboru. Vstupními daty byly kontingenční dvojrozměrné tabulky četnosti s několika typy dat. Tabulky byly ve statistickém prostředí programově sdruženy podle odpovídajících proměnných do jedné souhrnné pro výroky. Pro účely některých dále uvedených metod byly nad podobnými veličinami spočítány průměrné hodnoty. Přítomnost odlehlých hodnot byla uvažována, ale vzhledem k faktu, že data všech proměnných za všech kombinací faktorů dobře následovala normální rozložení, a také vzhledem k celkovému rozsahu datasetů, nemůže přítomnost případných odlehlých hodnot významně narušit modely použitých statistických metod.

### **7.5.2 Exploratorní analýza dat (EDA)**

Nad všemi datasety, se kterými je pracováno, byla provedena tzv. exploratorní analýza dat, jedná se o grafické náhledy na pravděpodobnostní rozložení všech zkoumaných veličin, čímž se ověří předpoklady později použitých statistických modelů. Hodnocení videozáznamů i hodnocení v rámci dotazníků pro sestavení osobního komunikačního indexu má charakter ordinálních dat na Lickertově škále o 1 až 5 bodech, ovšem s definováním každé hladiny této škály – s daty lze proto nadále pracovat jako s metrickými a zobrazitelnými na intervalové stupnici. Nad daty z videozáznamů i nad spočítaným osobním komunikačním indexem byly sestaveny histogramy ukazující normální rozložení zkoumaných veličin.

### **7.5.3 Popisná statistika**

Dotazníková data byla nejdříve ošetřena vzhledem k možnosti výskytu odlehlých hodnot. Zde se uplatnila především grafická analýza dat pomocí histogramů (tzv. exploratorní analýza dat), uvažován byl i fakt, že vzhledem k velkému počtu odpovědí od respondentů jsou data dostatečně robustní. Z množiny všech vyplněných dotazníků od všech respondentů byly odvozeny některé míry polohy, zejména průměr a medián, tedy takové míry četnosti, které vystihují průměrného – typického respondenta. Zároveň byl

sestaven 95% konfidenční interval pro průměr hodnocení, tedy oblast ohraničenou dvěma krajními hodnotami, v níž se průměr hodnocení vyskytuje s 95% pravděpodobností. 95% konfidenční interval pro průměrné hodnocení je za předpokladu normálního rozložení dat v každém výběru počítán podle vzorce

$$\bar{x} \pm 1,96 \cdot \frac{s}{\sqrt{n}}$$

kde  $\bar{x}$  je průměrné hodnocení dané kategorie komunikačních dovedností spočítané nad všemi hodnotícími respondenty,  $s$  je směrodatná odchylka hodnot dané kategorie komunikačních dovedností spočítaná nad všemi hodnotícími respondenty a  $n$  je počet všech hodnotících respondentů dané kategorie komunikačních dovedností.

#### 7.5.4 Analýza rozptylu (ANOVA)

Předpokladem použití analýzy rozptylu je normalnost rozložení všech vstupních proměnných; ta byla prokázána baterií Shapiro-Wilkových testů podle vzorce

$$W_n = \frac{\sum_{i=1}^{k_n} a_{n,i} \cdot (x_{(n-i+1)} - x_{(i)})^2}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

kde  $n$  je rozsah výběru,  $x_{(i)}$  je  $i$ -té nejmenší číslo ve výběru,  $a_{n,i}$  jsou konstanty závislé na rozsahu výběru,  $k_n$  je počet konstant  $a_{n,i}$  závislý na rozsahu výběru,  $\bar{x}$  je aritmetický průměr výběru. Pro účely naší práce je zvolena Tukey HSD metoda mnohonásobného porovnání. Je využito vzorce pro testovou statistiku Tukeyova testu:

$$q_s = \frac{Y_A - Y_B}{SE},$$

kde  $Y_A$  a  $Y_B$  jsou porovnávané průměry v dané dvojici výběrů a  $SE$  je sdružená střední chyba obou průměrů.

U porovnání rozdílů mezi průměrnou úrovní komunikačních dovedností studentů měřených z videozáznamů před a po absolvování výuky komunikace je volena analýza rozptylu dvojného třídění, kde ošetřením je fáze výuky (pre vs. post), resp. rok výuky (2010/11 až 2014/15). V případě srovnávání vlivu jednotlivých proměnných (fáze výuky pre vs. post, pohlaví, ročník výuky) na posun hodnot osobního komunikačního indexu byla

použita analýza rozptylu trojného třídění bez nutného uvažování vnitřní závislosti v jednotlivých ročnících a u jednotlivých pohlaví.

#### **7.5.5 Cronbachovo alfa**

Cronbachův koeficient alfa vychází z tzv. dvojnásobné analýzy rozptylu. Použití této metody bylo zvoleno, protože vstupní data nemají charakter fyzikálně přesného hodnocení, ale subjektivně zatížených dotazníkových šetření. Reliabilita těchto dotazníkových šetření roste s rostoucím Cronbachovo alfa. Smyslem je získat vyplněné dotazníky od náhodně zvolených respondentů a posléze od stejných respondentů získat opět shodné dotazníky (s odstupem času, mohou být tedy vyplněny poněkud jinak) a porovnat rozdíly mezi hodnotami odpovědí v obou sadách dotazníků. Veličina byla spočítána z původně získaných a následně vyžádaných dotazníků od respondentů z 2. LF UK. Metoda je dostupná při zpracování výsledků měření novějšími statistickými systémy (Chráska, 2010).

#### **7.5.6 Shluková analýza**

Pro účely výpočtu osobního komunikačního indexu (dále OKI) je nutné uvažovat závislost a „blízkost“ některých výroků, na které si studenti odpovídají při sestavování indexu. Vhodnou metodou pro mapování těch výroků, které jsou si více „podobné“, a tedy na které většina studentů odpovídá velmi podobným bodovým ohodnocením, a naopak těch výroků, které jsou si velmi nepodobné, jsou si fakticky vzdálené, tedy na které studenti odpovídají velmi různorodě, je shluková analýza. Počet shluků byl volen tak, aby model při takovém počtu shluků, do kterých jsou rozřazeny jednotlivé výroky, vysvětloval alespoň 70 % veškeré variability modelu „o jednom shluku“. Ty dva výroky, které patří do jednoho shluku, jsou si podobné více, než ty dva, které patří do vzájemně různých shluků. Proto není možné při sestavování osobního komunikačního indexu možné sečíst bodové hodnoty postupně pro všech 47 výroků, ale bodové hodnocení, kterým student na daný výrok odpověděl, je nutné před součtem vždy násobit „váhou“ výroku, která je nepřímo úměrná počtu ostatních výroků, které jsou danému výroku podobné. Váhou se tak pro každý ze 47 výroků stává reciproká hodnota počtu všech výroků, které patří do stejného shluku jako daný výrok. Výsledný osobní komunikační index je číslo mezi 0 až 1 včetně, vzniklé podílem součtu vážených hodnocení každého výroku, jak je popsáno výše, a maximálního neváženého součtu. Tím jsou osobní komunikační indexy pro všechny studenty mezi sebou dobře standardizovány a je možné je porovnávat.

Kvůli vizualizaci (ne)podobnosti mezi výroky kladenými při sestavování osobního komunikačního indexu byla použita hierarchická shluková analýza, která pomocí dendrogramu graficky dobře vystihuje faktickou „příbuznost“ mezi jednotlivými výroky. Dendrogram byl sestaven pro všechny studenty napříč všemi ročníky, dále pak zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Rozdíly ve shlukování výroků v rámci komunikačního indexu mezi jednotlivými ročníky mapovány nebyly; nepředpokládám výrazný posun mezi dvěma sousedními ročníky, resp. pokud takový nastal, interpretace výrazného posunu je obtížná, byť může vést k zachycení skrytých faktorů.

## 8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ A JEJICH INTERPRETACE

V následující kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření podle jednotlivých fází výzkumu. V úvodu uvádím výsledky úrovně komunikačních dovedností na základě pozorování před a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Z důvodu přehlednosti postupuji od konkrétních výsledků k obecným, tedy od jednotlivých subkategorií dovedností aktivního naslouchání a dovedností předávání informací k celkovému hodnocení dovedností v jednotlivých letech. Následně uvádím výsledky výpočtu sebehodnocení osobního komunikačního indexu podle pohlaví, let, kdy byl tento zkoumán. Dalším kritériem pro výpočet osobního komunikačního indexu bylo absolvování, či neabsolvování volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“.

### 8.1 Výsledky hodnocení úrovně komunikačních dovedností z videozáznamů

Vzhledem k omezenému rozsahu práce jsem hodnocení každé subkategorie aktivního naslouchání (11) a předávání informací (13) sdružila pod jednotný název verbální stránka a neverbální stránka dané dovednosti. S přihlédnutím k počtu provedených videozáznamů jsem nehodnotila posun v každé části subkategorie komunikační dovednosti (počet jednotlivých částí je uveden výše v závorkách) individuálně, nýbrž, jak jsem zmínila, zjednodušujícím prvkem je hodnocení kategorií **verbální (IA) a neverbální (IB) stránky aktivního naslouchání a verbální (IIA) a neverbální (IIB) stránky předávání informací**.

Následující výstupy z analýzy rozptylu dvojnásobného třídění vždy na 5% hladině významnosti vyloučily, že by mezi průměrnou úrovní jednotlivých podskupin komunikačních úrovní před a po skončení výuky nebyl statisticky významný rozdíl. Rozdíl je vždy ve prospěch komunikačních dovedností po skončení výuky komunikace. Naopak mezi jednotlivými ročníky výuky statisticky významný rozdíl prokázán nebyl, což lze interpretovat jako zachovanou stále stejnou úroveň výuky.

Všechny níže uvedené tabulky a obrázky jsou zdrojem autora.

#### 8.1.1 Komunikační dovednosti IA: Aktivní naslouchání - verbální stránka

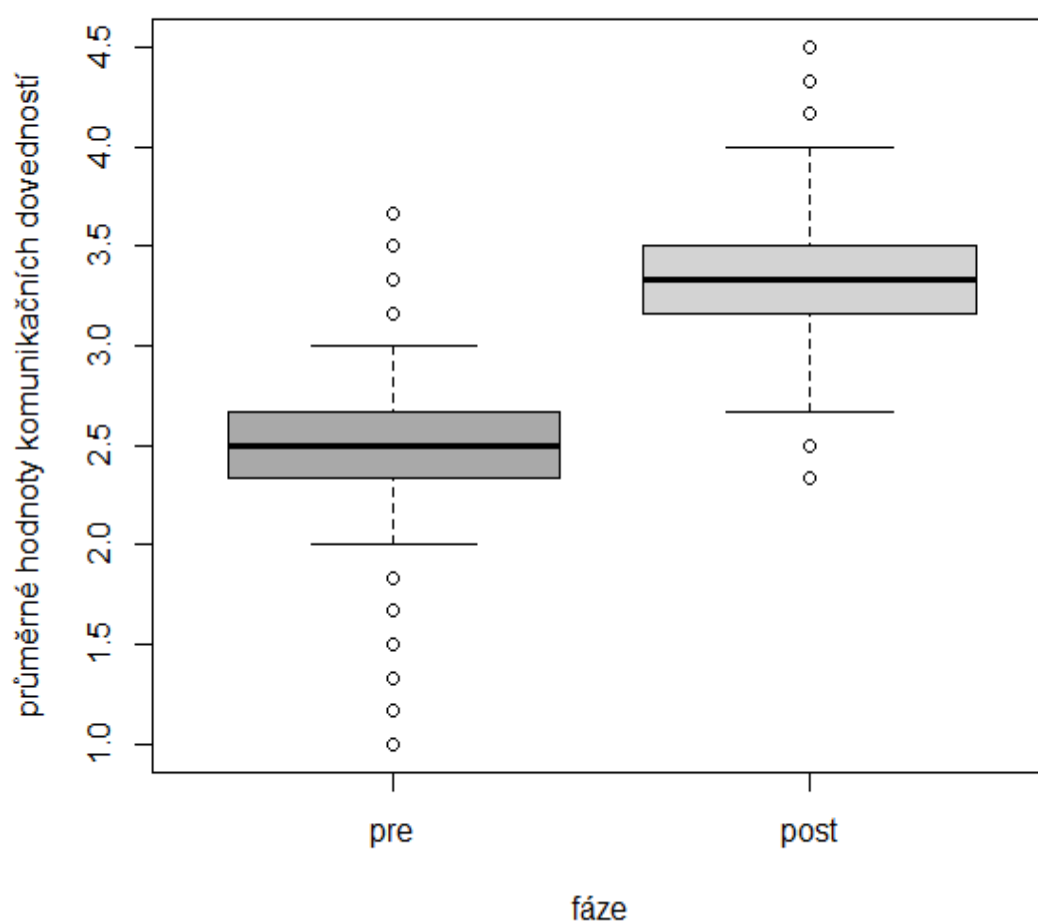
95 % konfidenční interval pro průměrnou hodnotu pre je 2.44 (2.42; 2.45) a post je 3.32 (3.31; 3.33); dále pro jednotlivé ročníky výuky.

**Tabulka 5** Konfidenční interval dovednosti IA pre a post v jednotlivých letech

Rok	95 % Confident Interval
2010/11	2.87 (2.83; 2.91)
2011/12	2.86 (2.83; 2.90)
2012/13	2.91 (2.87; 2.94)
2013/14	2.89 (2.85; 2.92)
2014/15	2.86 (2.83; 2.90)

V následující části uvádím grafické znázornění porovnání verbální stránky (IA) komunikační dovednosti aktivního naslouchání před výukou a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Následuje grafické znázornění této kategorie v jednotlivých sledovaných letech.

### Porovnání komunikačních dovedností IA pre a post

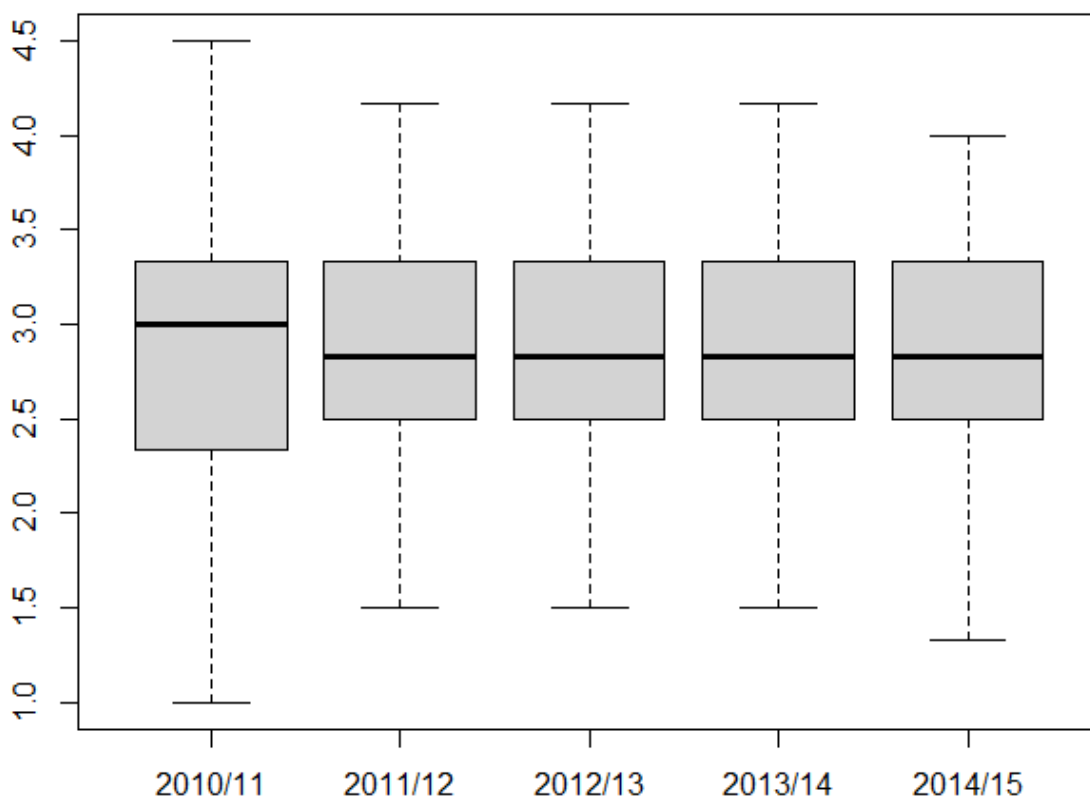


**Obr. 1** Rozdíl v komunikačních dovednostech kategorie IA pre a post



Po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie IA,  $p < 0,00001$ .

### Porovnání komunikačních dovedností IA v jednotlivých letech



**Obr. 2** Porovnání komunikačních dovedností IA v jednotlivých letech)

Obrázek vyjadřuje, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace IA je tedy napříč ročníky podobná,  $p = 0,415$ .

#### 8.1.2 Komunikační dovednosti IB: Aktivní naslouchání – neverbální stránka

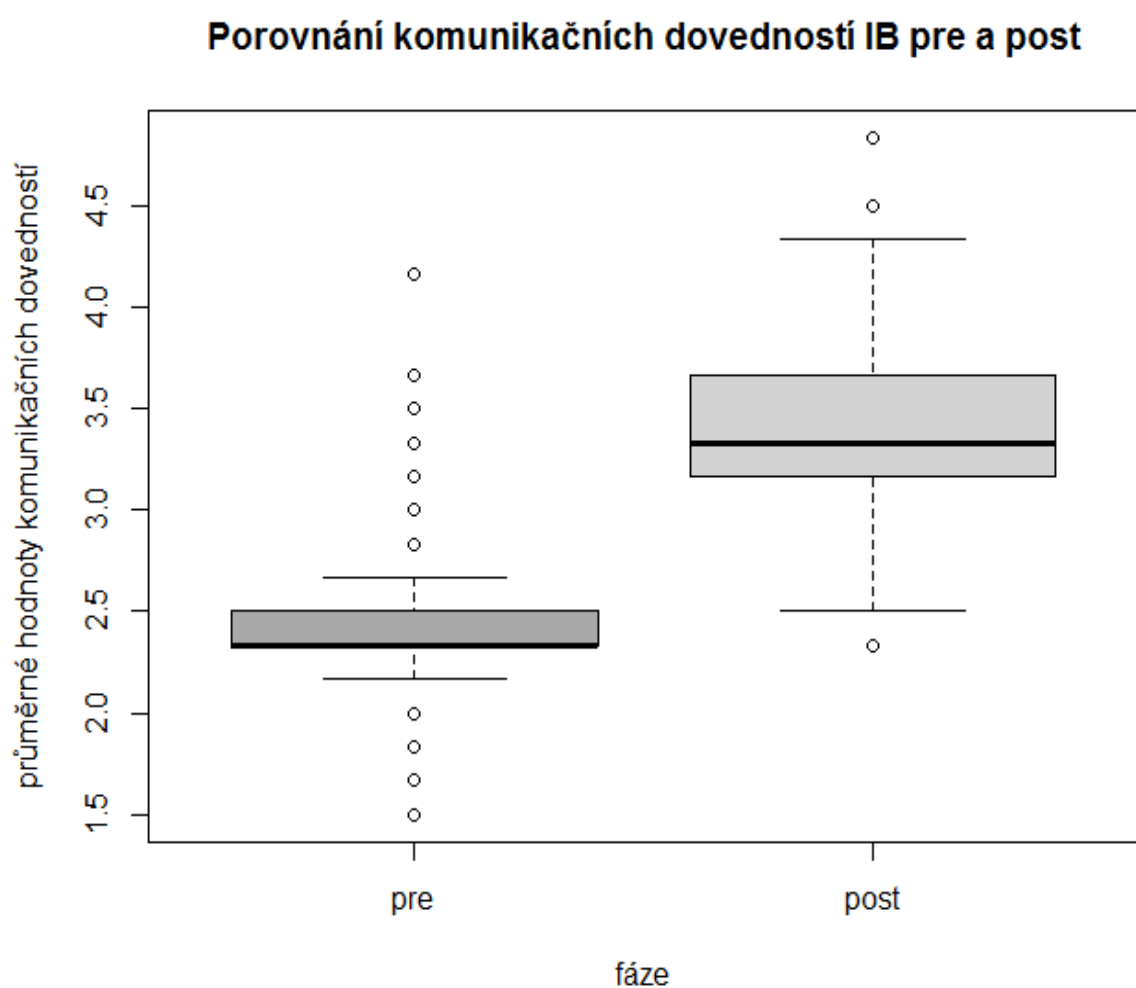
95 % konfidenční interval pro průměrnou hodnotu pre je 2.42 (2.4; 2.43) a post je 3.33 (3.32; 3.35); dále pro jednotlivé ročníky výuky.

**Tabulka 6** Konfidenční interval dovednosti IB pre a post v jednotlivých letech

Rok	95 % Confident Interval
2010/11	2.92 (2.88; 2.96)

2011/12	2.88 (2.84; 2.91)
2012/13	2.86 (2.82; 2.90)
2013/14	2.86 (2.83; 2.90)
2014/15	2.85 (2.81; 2.89)

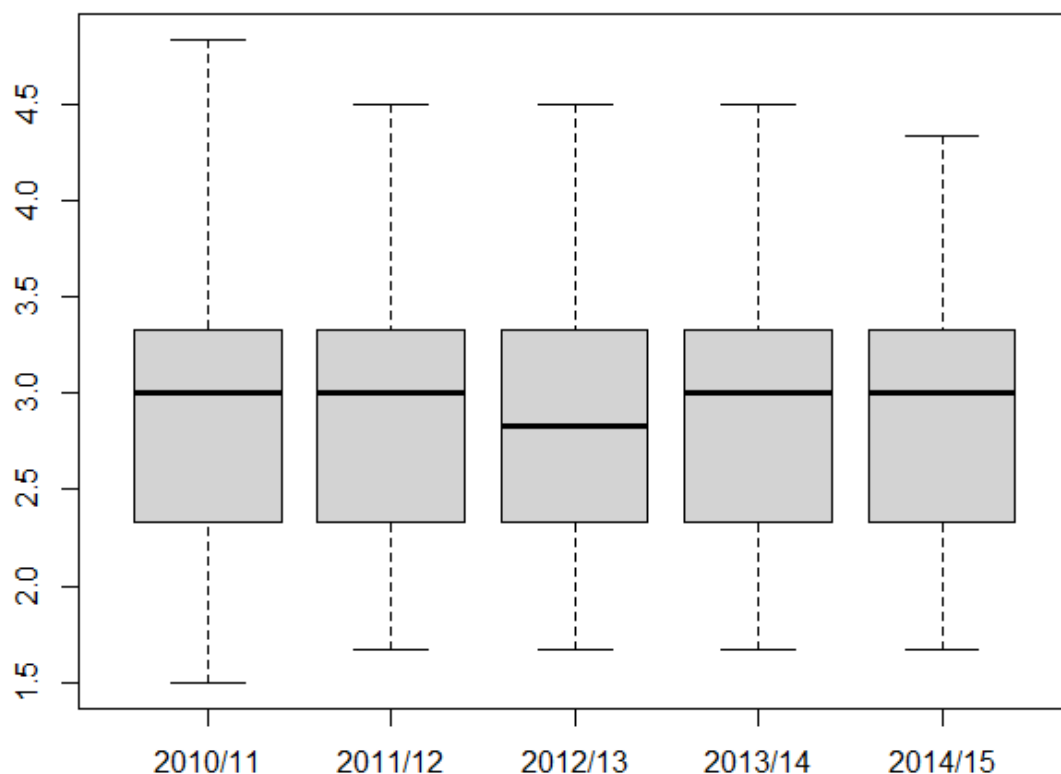
V následující části uvádím grafické znázornění porovnání neverbální stránky (IB) komunikační dovednosti aktivního naslouchání před výukou a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Následuje grafické znázornění této kategorie v jednotlivých sledovaných letech.



**Obr. 3** Porovnání komunikačních dovedností IB pre a post

Obrázek znázorňuje rozdíl v komunikačních dovednostech kategorie IB před a po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie IB,  $p < 0,00001$ .

### Porovnání komunikačních dovedností IB v jednotlivých letech



**Obr. 4** Porovnání komunikačních dovedností IB v jednotlivých letech

Mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace IB je tedy napříč ročníky podobná,  $p = 0,142$ .

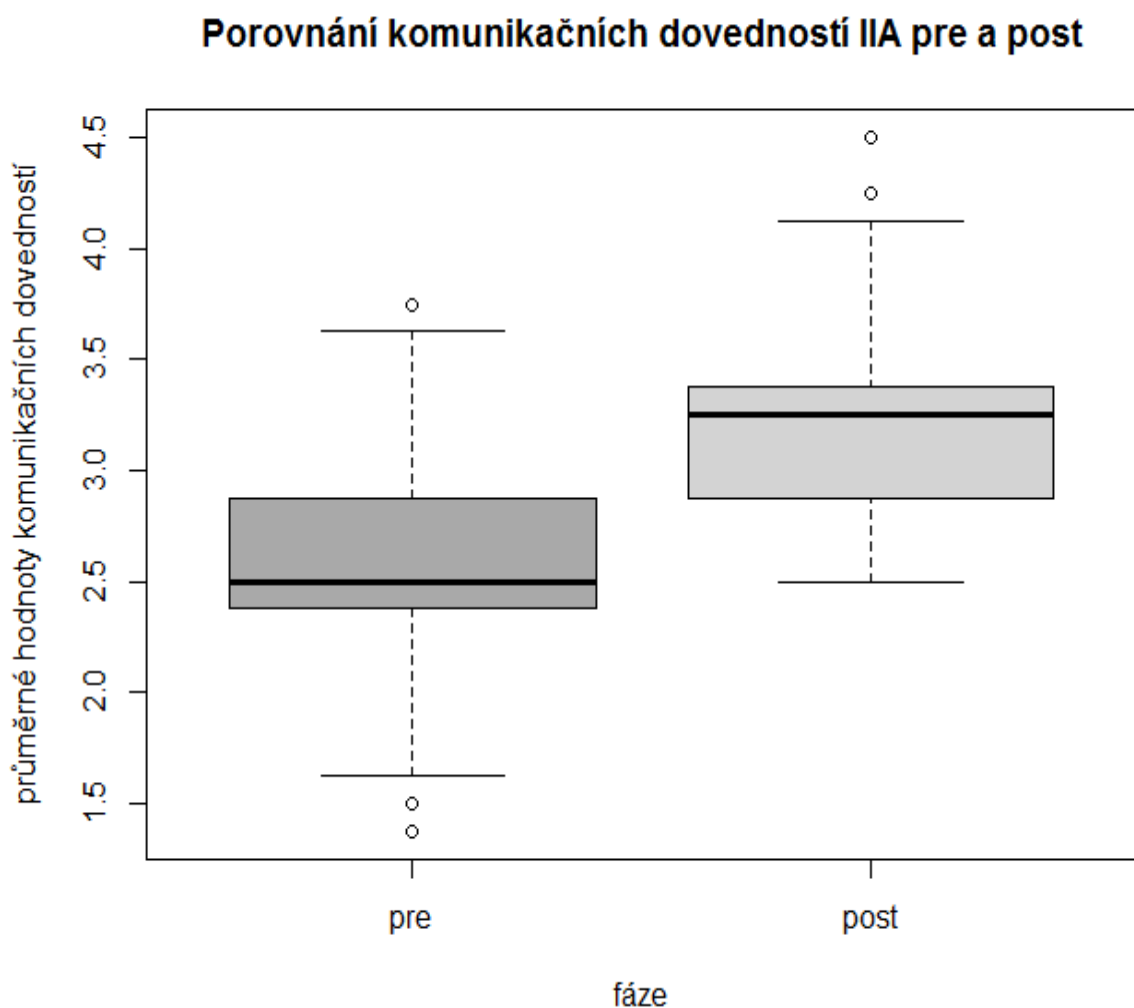
#### 8.1.3 Komunikační dovednosti IIA: Předávání informací – verbální stránka

95 % konfidenční interval pro průměrnou hodnotu pre je 2.59 (2.58; 2.61) a post je 3.22 (3.21; 3.23); dále pro jednotlivé ročníky výuky.

**Tabulka 7** Konfidenční interval dovednosti IIA pre a post v jednotlivých letech

Rok	95 % Confident Interval
2010/11	2.93 (2.90; 2.96)
2011/12	2.89 (2.86; 2.92)
2012/13	2.91 (2.88; 2.94)
2013/14	2.89 (2.86; 2.91)
2014/15	2.91 (2.88; 2.94)

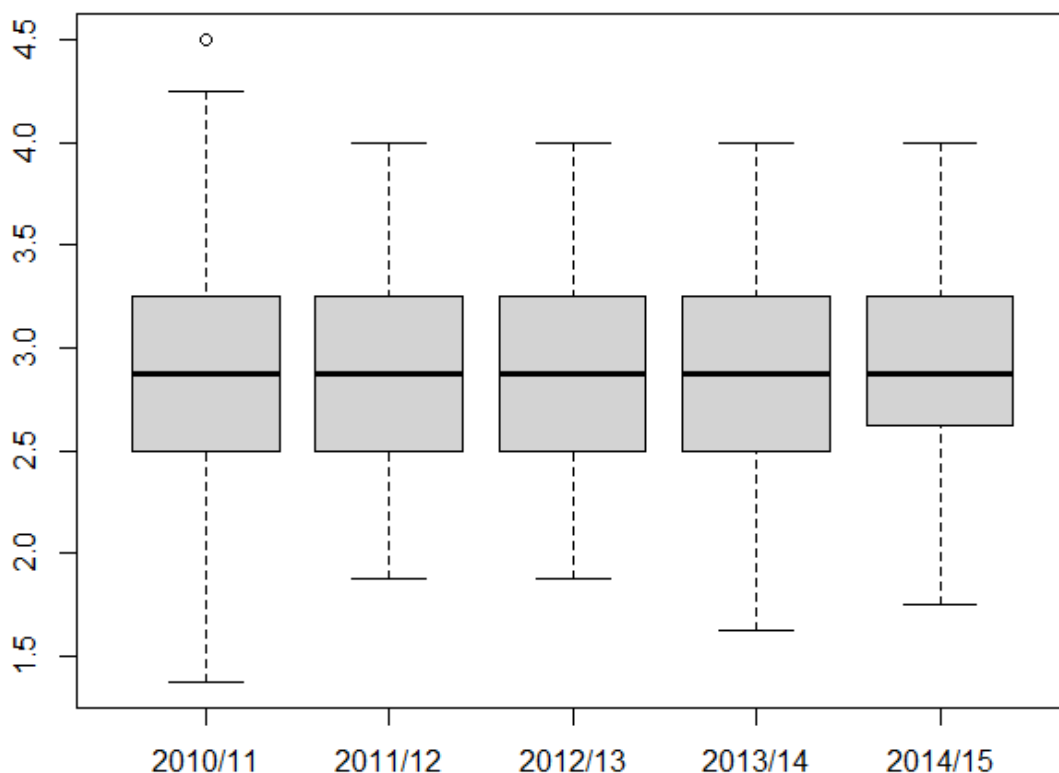
V následující části uvádím grafické znázornění porovnání verbální stránky (IIA) komunikační dovednosti Předávání informací před výukou a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Následuje grafické znázornění této kategorie v jednotlivých sledovaných letech.



**Obr. 5** Porovnání komunikačních dovedností IIA pre a post

Obrázek vyznačuje rozdíl v komunikačních dovednostech kategorie IIA před a po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie IIA,  $p < 0,00001$ .

## Porovnání komunikačních dovedností IIA v jednotlivých letech



**Obr. 6** Porovnání komunikačních dovedností IIA v jednotlivých letech

Obrázek znázorňuje, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace IIA je tedy napříč ročníky podobná,  $p = 0,183$ .

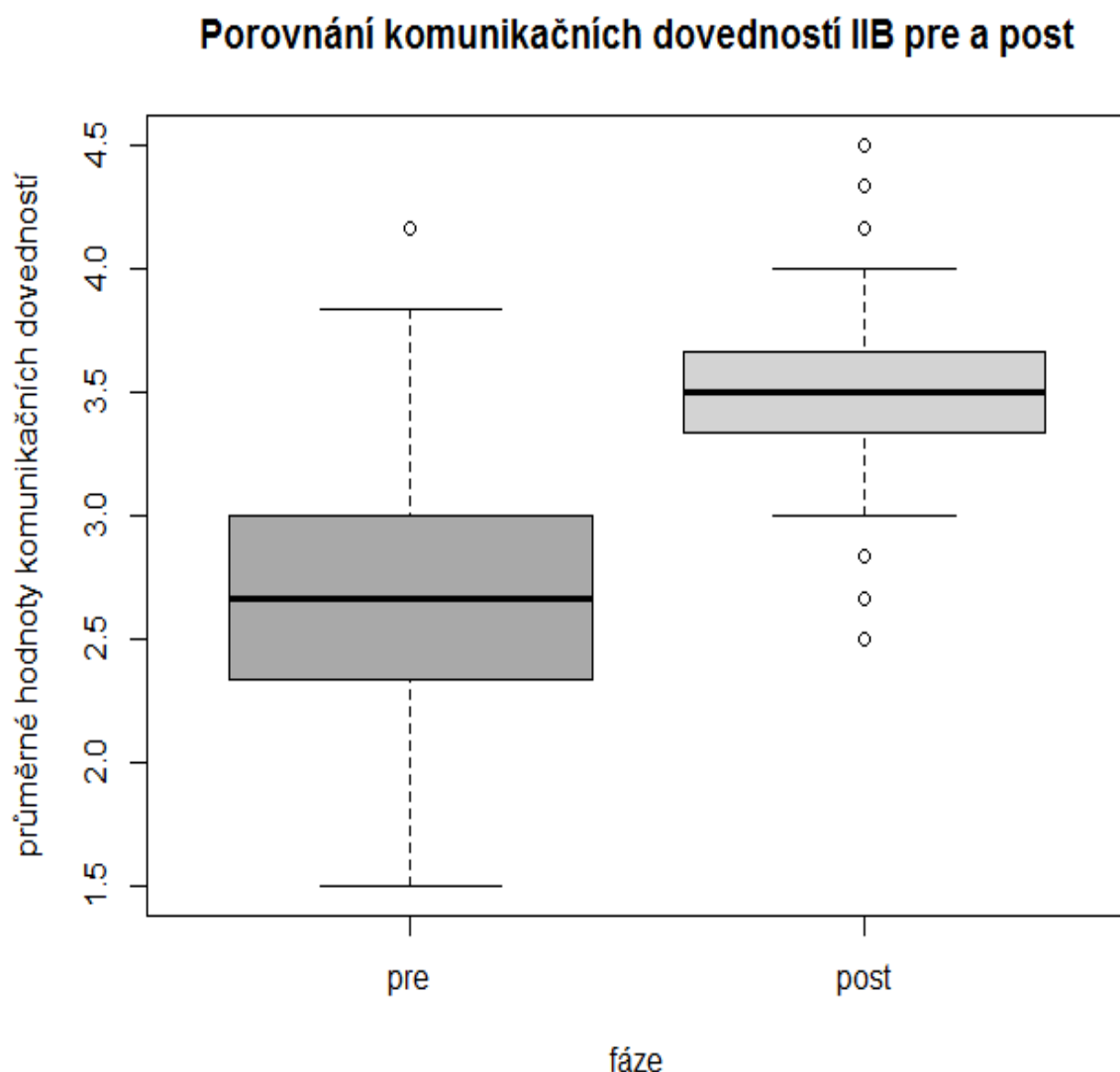
### 8.1.4 Komunikační dovednosti IIB: Předávání informací – neverbální stránka

95 % konfidenční interval pro průměrnou hodnotu pre je 2.67 (2.65; 2.69) a post je 3.51 (3.50; 3.52) dále pro jednotlivé ročníky výuky.

**Tabulka 8** Konfidenční interval dovednosti IIB pre a post v jednotlivých letech

Rok	95 % Confident Interval
2010/11	3.13 (3.10; 3.17)
2011/12	3.06 (3.03; 3.10)
2012/13	3.07 (3.04; 3.11)
2013/14	3.11 (3.08; 3.14)
2014/15	3.07 (3.03; 3.10)

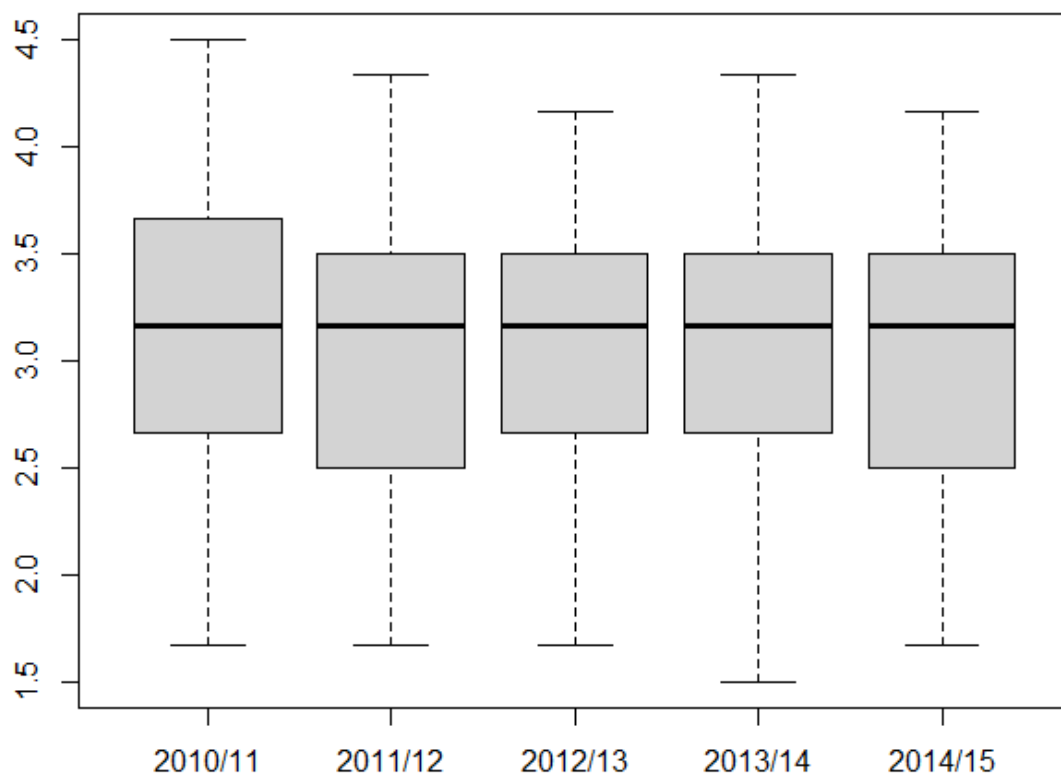
V následující části uvádím grafické znázornění porovnání neverbální stránky (IIB) komunikační dovednosti Předávání informací před výukou a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Následuje grafické znázornění této kategorie v jednotlivých sledovaných letech.



**Obr. 7** *Porovnání komunikačních dovedností IIB pre a post*

Obrázek vyjadřuje rozdíl v komunikačních dovednostech kategorie IIB před a po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie IIB,  $p < 0,00001$ .

### Porovnání komunikačních dovedností IIB v jednotlivých letech



**Obr. 8** Porovnání komunikačních dovedností IIA v jednotlivých letech)

Obrázek znázorňuje, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace IIB je tedy napříč ročníky podobná,  $p = 0,064$ .

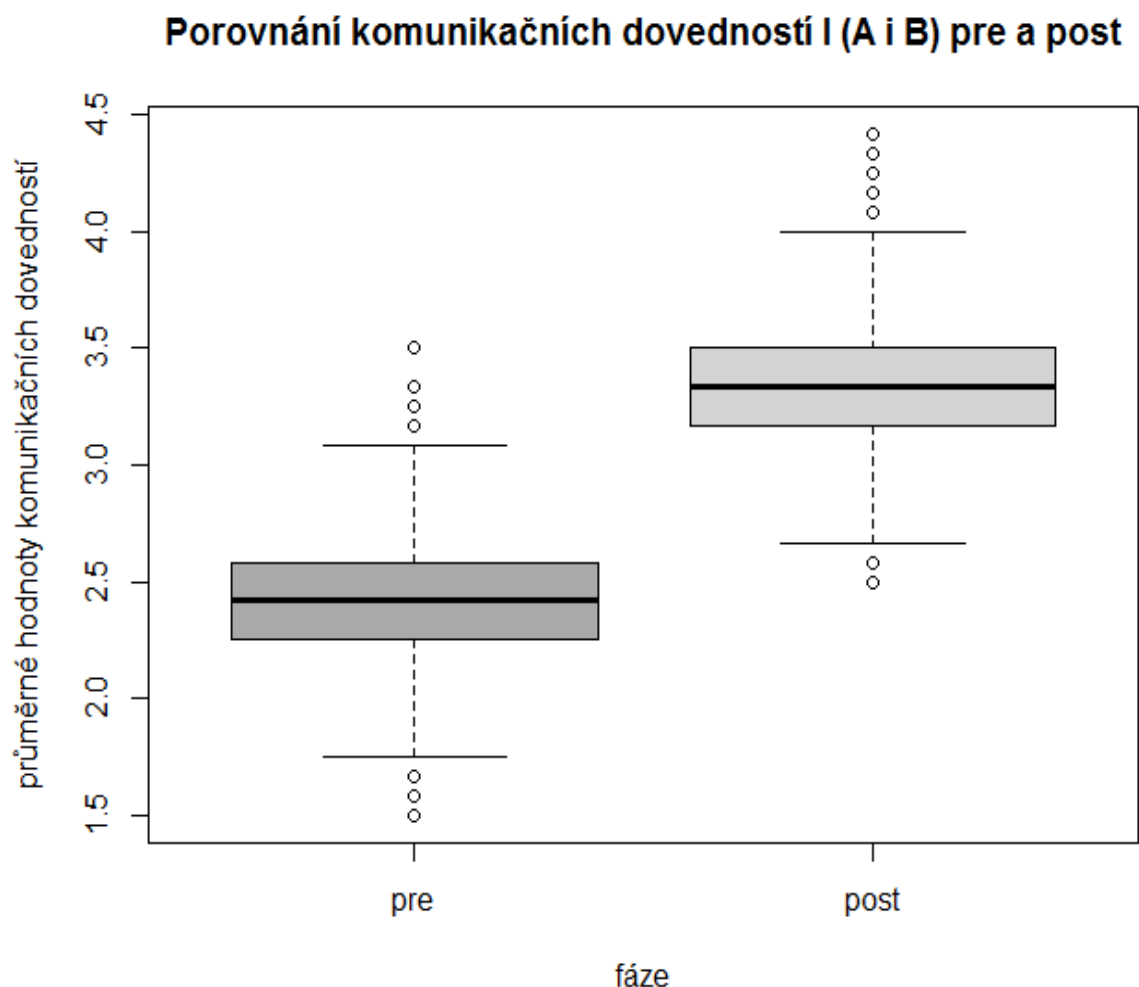
#### 8.1.5 Komunikační dovednosti I (A+B): Aktivní naslouchání celkově

95 % konfidenční interval pro průměrnou hodnotu komunikační dovednosti I (A+B) pre je 2.43 (2.42; 2.44) a post je 3.33 (3.31; 3.34) dále pro jednotlivé ročníky výuky.

**Tabulka 9** Konfidenční interval dovednosti I (A + B) pre a post

Rok	95 % Confident Interval
2010/11	2.90 (2.86; 2.93)
2011/12	2.87 (2.83; 2.90)
2012/13	2.88 (2.85; 2.92)
2013/14	2.87 (2.84; 2.91)
2014/15	2.86 (2.82; 2.89)

V následující části předkládám grafické znázornění porovnání verbální i neverbální stránky (IA+B) komunikační dovednosti aktivního naslouchání před výukou a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Následuje grafické znázornění této kategorie v jednotlivých sledovaných letech.

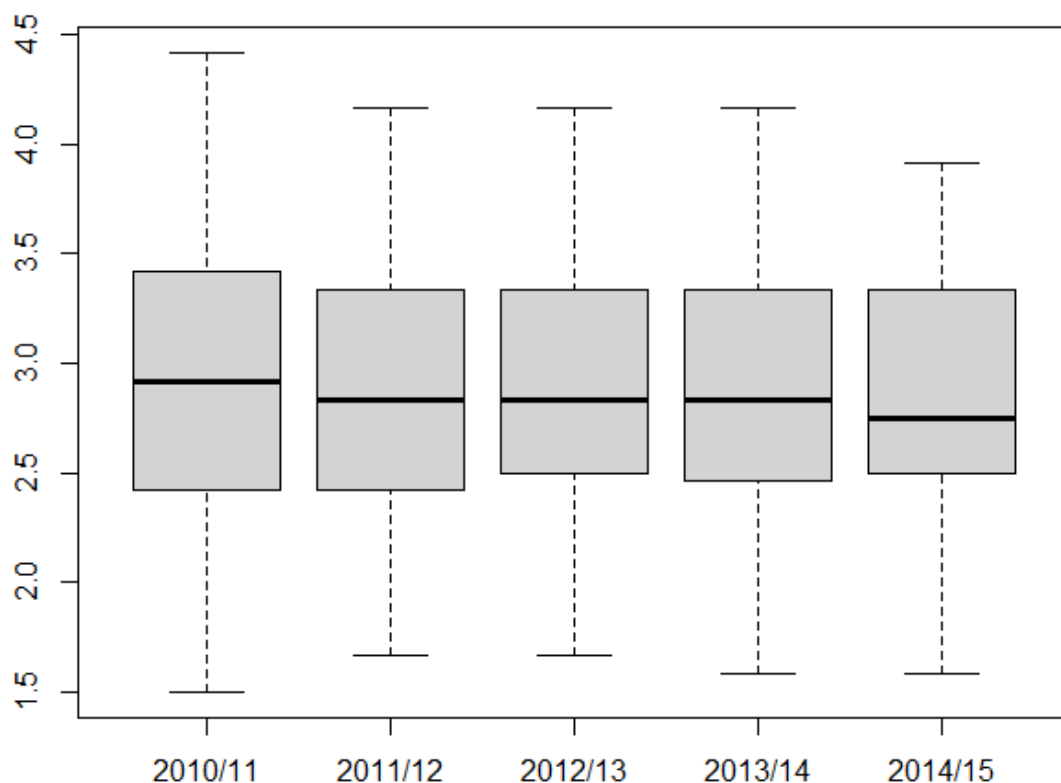


**Obr. 9** Porovnání komunikačních dovedností I (A i B) pre a post

Obrázek ukazuje rozdíl v komunikačních dovednostech kategorie I (A+B) před a po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie I (A+B),  $p < 0,00001$ .



### Porovnání komunikačních dovedností I (A i B) v jednotlivých letech



**Obr. 10** Porovnání komunikačních dovedností I (A i B) v jednotlivých letech

Na obrázku je patrné, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace I (A+B) je tedy napříč ročníky podobná,  $p = 0,485$ .

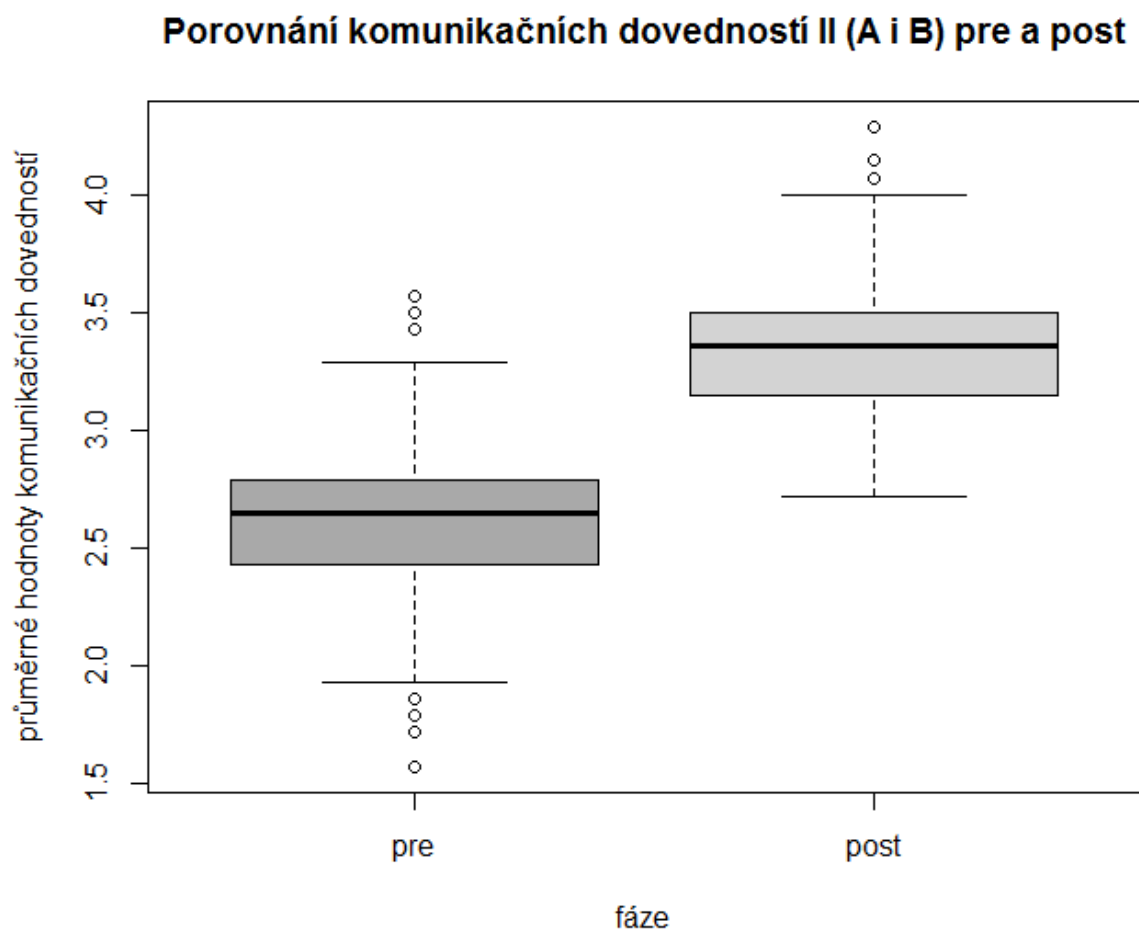
#### 8.1.6 Komunikační dovednosti II (A+B): Předávání informací celkově

95 % konfidenční interval pro průměrnou hodnotu komunikační dovednosti II (A+B) pre je 2.63 (2.61; 2.64) a post je 3.35 (3.34; 3.36) dále pro jednotlivé ročníky výuky.

**Tabulka 10** Konfidenční interval dovednosti II (A+B) pre a post

Rok	95 % Confident Interval
2010/11	3.02 (2.99; 3.05)
2011/12	2.97 (2.94; 2.99)
2012/13	2.98 (2.95; 3.01)
2013/14	2.98 (2.96; 3.01)
2014/15	2.98 (2.95; 3.01)

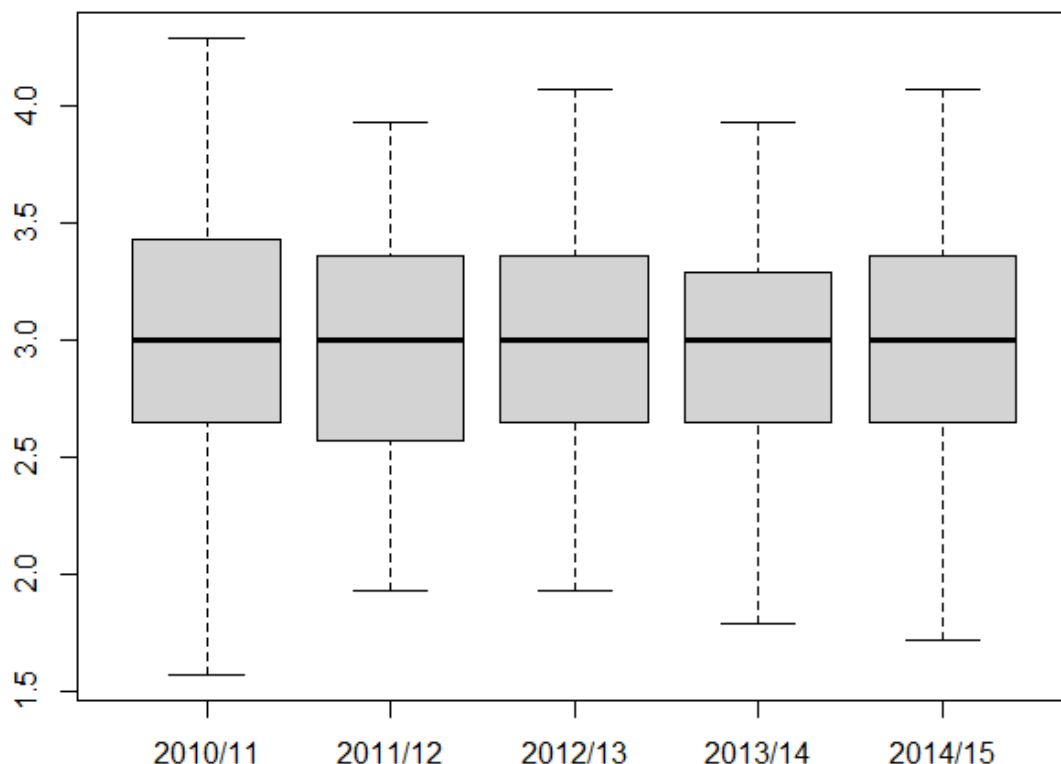
V následující části předkládám grafické znázornění porovnání verbální i neverbální stránky (IIA+B) komunikační dovednosti předávání informací před výukou a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Následuje grafické znázornění této kategorie v jednotlivých sledovaných letech.



**Obr. 11** *Porovnání komunikačních dovedností II (A i B) pre a post*

Obrázek vykazuje rozdíl v komunikačních dovednostech kategorie II (A+B) před a po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie II (A+B),  $p < 0,00001$ .

## Porovnání komunikačních dovedností II (A i B) v jednotlivých letech



**Obr. 12** Porovnání komunikačních dovedností II (A i B) v jednotlivých letech

Z obrázku je patrné, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace II (A+B) je tedy napříč ročníky podobná,  $p = 0,070$ .

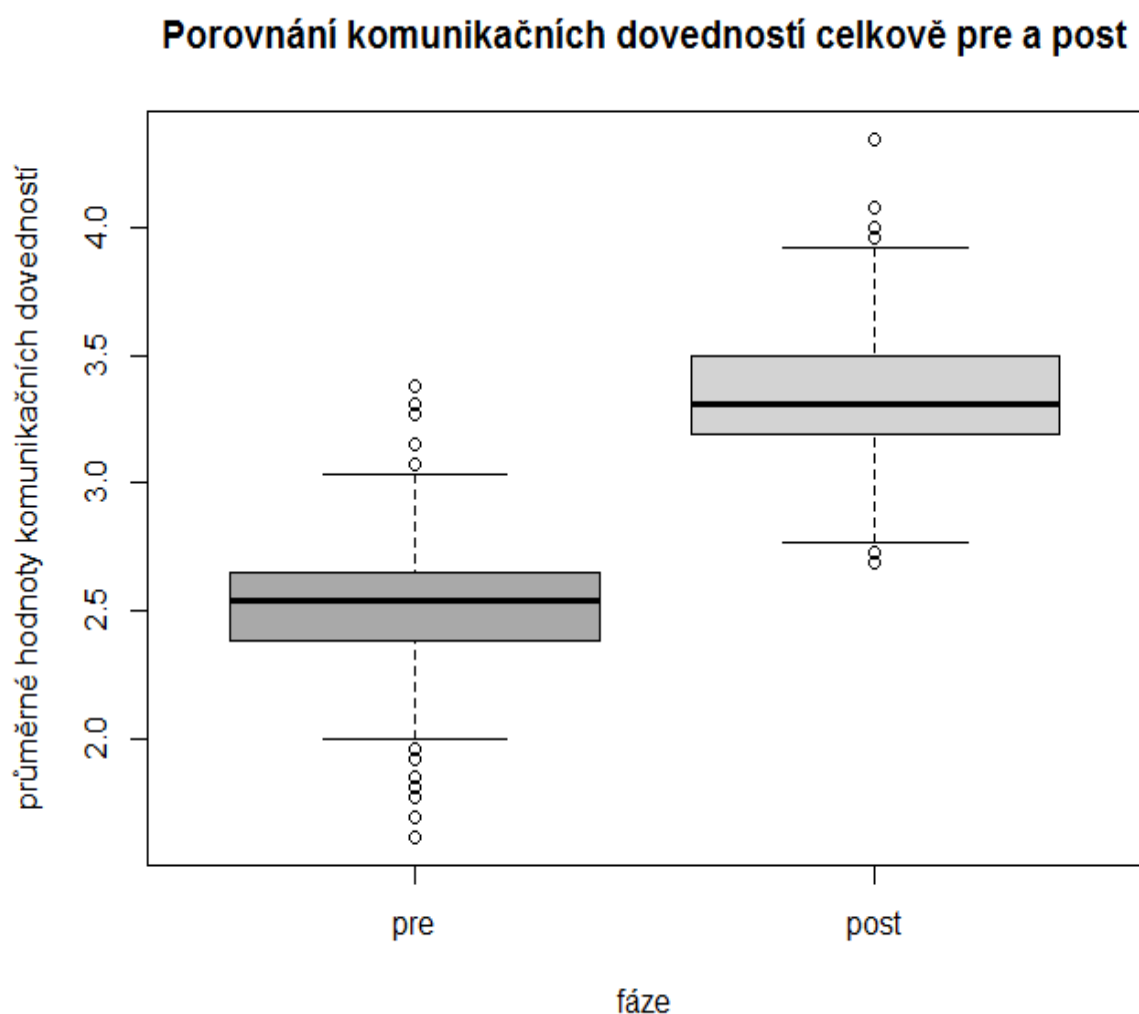
### 8.1.7 Komunikační dovednosti celkově

95 % konfidenční interval pro průměrnou hodnotu pre je 2.53 (2.52; 2.54) a post je 3.34 (3.33; 3.35) dále pro jednotlivé ročníky výuky.

**Tabulka 11** Konfidenční interval dovedností celkově pre a post)

Rok	95 % Confident Interval
2010/11	2.96 (2.93; 2.99)
2011/12	2.92 (2.89; 2.95)
2012/13	2.94 (2.91; 2.97)
2013/14	2.93 (2.91; 2.96)
2014/15	2.92 (2.89; 2.95)

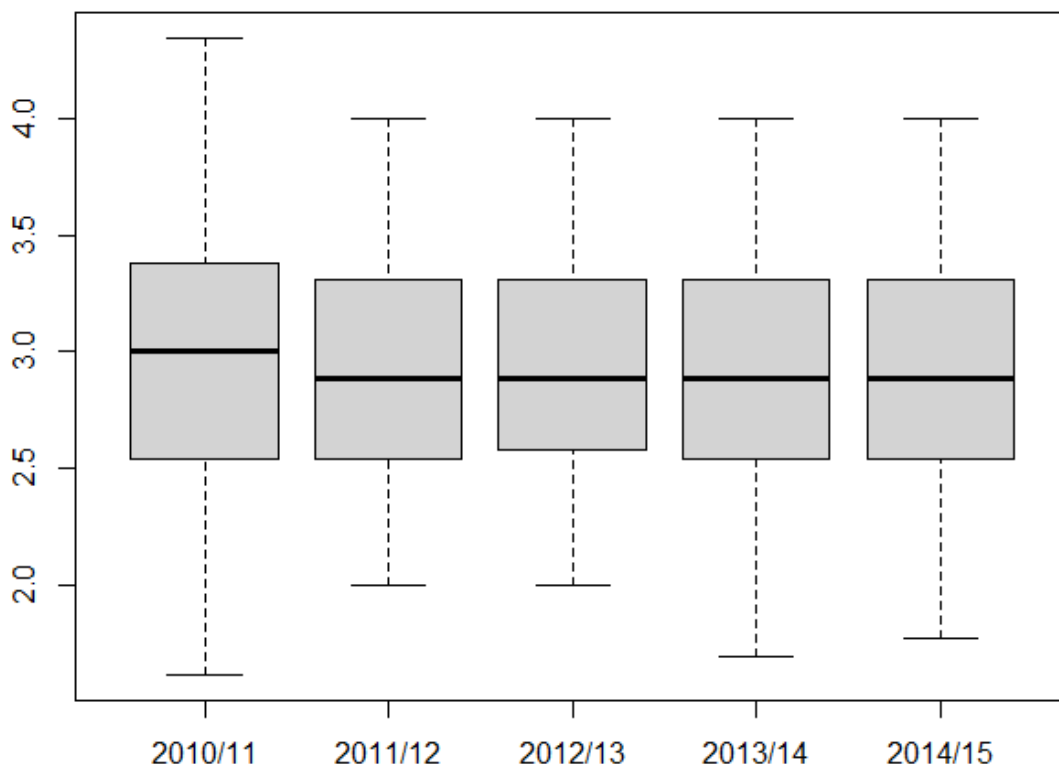
Na závěr této části kapitoly předkládám grafické znázornění celkového porovnání obou komunikačních dovedností, tedy aktivního naslouchání a dovednosti předávání informací před výukou a po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Následuje celkové grafické znázornění těchto kategorií v jednotlivých sledovaných letech.



**Obrázek 13** *Porovnání komunikačních dovedností celkově pre a post*

Obrázek znázorňuje rozdíl v komunikačních dovednostech celkově před a po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností celkově,  $p < 0,00001$ .

## Porovnání komunikačních dovedností celkově v jednotlivých letech

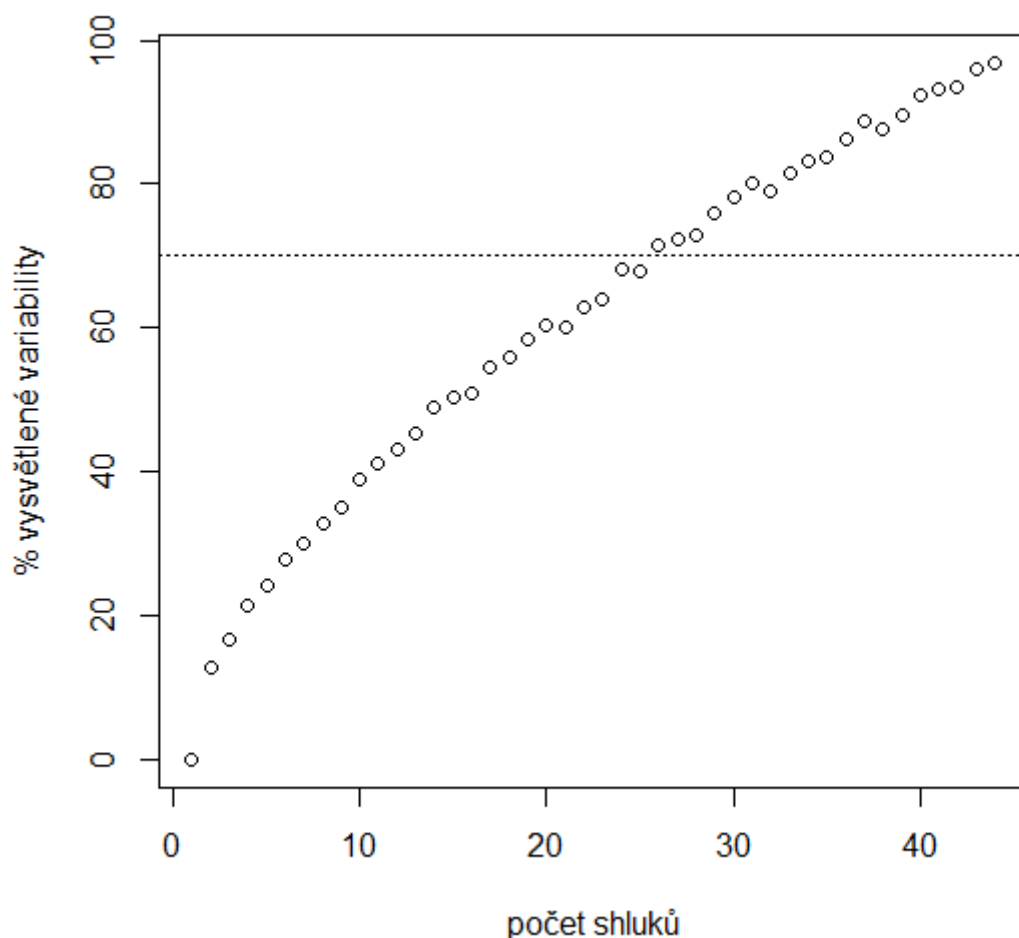


**Obr. 14** Porovnání komunikačních dovedností celkově v jednotlivých letech

Na obrázku je patrné, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace celkově je tedy napříč ročníky podobná,  $p = 0,203$ .

### 8.2 Shluková analýza a výpočet osobního komunikačního indexu (OKI)

Bodová hodnocení jako odpovědi na 1. až 47. výrok v rámci sestavování osobního komunikačního indexu ode všech studentů byla použita pro zjištění podobnosti mezi jednotlivými výroky. Vzhledem k použité k-průměrové shlukové analýze, která vyžaduje apriorní odhad počtu shluků, byl tento určen tak, aby výsledné rozdělení do shluků vysvětlilo alespoň 70 % veškeré možné variability dané rozdílnostmi odpovědí studentů (jako kdyby byly „rozděleny“ pouze do jednoho shluku). Z obr. 15 vyplývá, že minimální takový počet shluků, který požadovaný zlomek variability vysvětlí, je 25.



**Obr. 15** Počet shluků nutný k vysvětlení určitého procenta variability modelu

Tabulka 12 uvádí příslušnost jednotlivých výroků (1. - 47.) do jednotlivých shluků (1. - 25.). Jak bylo popsáno v metodice, počet výroků ve shluku určuje váhu každého výroku v tomto shluku, tedy např. shluk číslo 15, který obsahuje tři výroky, určuje, že každý z těchto výroků bude mít v osobním komunikačním indexu váhu  $1/3$ . Čím více je výroků ve shluku, tím více výroky může být každý z nich zastoupen, a proto jejich váha v součtu hodnocení v rámci sestavování osobního komunikačního indexu nemůže být rovna 1,0, ale adekvátně snížena v opačném poměru k velikosti shluku.

**Tabulka 12** Příslušnost jednotlivých výroků k jednotlivým shlukům

Výrok v rámci dotazníku OKI	Příslušnost ke shluku číslo
Mé chování k druhým	15
Chování druhých ke mně	15
Protrahovaná reakce	15
Pevnost názorů	13

Umění přesvědčit	13
Jistota v kontaktu s blízkými	23
Jistota v kontaktu s kamarády a známými	9
Nejistota v kontaktu s cizími lidmi	9
Vystupování před cizími lidmi	21
Obsah a způsob řečeného	17
Akceptace odlišného názoru	19
Akceptace cizího názoru při nesympatii	19
Vrozená schopnost komunikace	4
Výběr monologu	3
Strach z otázek	3
Příklon k naslouchání při dialogu	16
Důležitost umění „naslouchat jiným“	8
Příprava na vystoupení	18
Empatie do situace	18
Absence improvizace	1
Slovní zásoba	25
Snaha o správné pochopení	25
Výslovnost	24
Složitost souvětí	22
Nervozita při nepochopení	11
Nervozita při neverbální zpětné vazbě	11
Nevýrazný hlas	12
Jistota a plynulost	1
Omezení pohybového projevu	22
Gestikulace	5
Postoj	5
Nervozita v mimice	21
Pohled do očí	14
Napětí v těle	2
Strnulost při rozhovoru	2
Přirozenost pohybu rukou	2
Vzdálenost při rozhovoru	7
Vliv vzdálenosti na komunikaci	7
Postoj těla	6
Vnímání postoje druhých	6
Cílené vnímání podání ruky	10
Vnímání protějšku, analýza	10
Vliv prostředí na komunikaci	16
Vliv postavení osoby	8
Zájem o nápravu chyb	14
Neznalost cesty nápravy	16
Videozáznam	20

V tabulce 13 jsou pak již odvozené váhy pro každý výrok, pro výrok *v* se tedy jedná váhu vypočítanou jako

počet všech výroků ve shluku, do kterého patří i  $v$

Osobní komunikační index daného studenta je pak součtem všech jeho bodových odpovědí na každý výrok vynásobených vždy příslušnou váhou, vydělený maximálním takovým součtem. Snadno nahlédneme, že maximálním součtem je případ, kdy student odpoví maximálním bodovým ohodnocením na každý výrok, a to bez ohledu na rozdělení shluků, maximum je pak (maximální bodové hodnocení na výrok)  $X$  (počet shluků), v našem případě  $5 \times 25 = 100$ . Osobní komunikační index je tedy číslo mezi 0 až 1 včetně.

**Tabulka 13** *Odvozené váhy pro každý výrok*

<b>Výrok v rámci dotazníku OKI</b>	<b>Váha [0.0-1.0]</b>
Mé chování k druhým	0.333
Chování druhých ke mně	0.333
Protrahovaná reakce	0.333
Pevnost názorů	0.5
Umění přesvědčit	0.5
Jistota v kontaktu s blízkými	1.0
Jistota v kontaktu s kamarády a známými	0.5
Nejistota v kontaktu s cizími lidmi	0.5
Vystupování před cizími lidmi	0.5
Obsah a způsob řečeného	1.0
Akceptace odlišného názoru	0.5
Akceptace cizího názoru při nesympatii	0.5
Vrozená schopnost komunikace	1.0
Výběr monologu	0.5
Strach z otázek	0.5
Příklon k naslouchání při dialogu	0.333
Důležitost umění „naslouchat jiným“	0.5
Příprava na vystoupení	0.5
Empatie do situace	0.5
Absence improvizace	0.5
Slovní zásoba	0.5
Snaha o správné pochopení	0.5
Výslovnost	1.0
Složitost souvětí	0.5
Nervozita při nepochopení	0.5
Nervozita při neverbální zpětné vazbě	0.5
Nevýrazný hlas	1.0
Jistota a plynulost	0.5
Omezení pohybového projevu	0.5
Gestikulace	0.5
Postoj	0.5
Nervozita v mimice	0.5



Pohled do očí	0.5
Napětí v těle	0.333
Strnulost při rozhovoru	0.333
Přirozenost pohybu rukou	0.333
Vzdálenost při rozhovoru	0.5
Vliv vzdálenosti na komunikaci	0.5
Postoj těla	0.5
Vnímání postoje druhých	0.5
Cílené vnímání podání ruky	0.5
Vnímání protějšku, analýza	0.5
Vliv prostředí na komunikaci	0.333
Vliv postavení osoby	0.5
Zájem o nápravu chyb	0.5
Neznalost cesty nápravy	0.333
Videozáznam	1.0

Tabulka 14 a 15 uvádí 95 % konfidenční intervaly pro průměr osobních komunikačních indexů nad všemi ročníky a oběma pohlavími před a po výuce povinného předmětu Ošetřovatelství s tematickým celkem komunikace.

**Tabulka14** *Konfidenční intervaly pro průměrný OKI mužů během jednotlivých ročníků před a po výuce*

<b>Rok</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
2010/2011	0.67 (0.65; 0.69)	0.69 (0.67; 0.70)
2011/2012	0.68 (0.67; 0.70)	0.68 (0.66; 0.70)
2012/2013	0.67 (0.66; 0.69)	0.70 (0.68; 0.72)
2013/2014	0.59 (0.58; 0.60)	0.68 (0.66; 0.70)
2014/2015	0.61 (0.60; 0.62)	0.69 (0.67; 0.71)

**Tabulka 15** *Konfidenční intervaly pro průměrný OKI žen během jednotlivých ročníků před a po výuce*

<b>Rok</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>
2010/2011	0.68 (0.66; 0.69)	0.70 (0.68; 0.71)
2011/2012	0.68 (0.66; 0.69)	0.69 (0.68; 0.70)
2012/2013	0.67 (0.65; 0.68)	0.69 (0.68; 0.70)
2013/2014	0.60 (0.59; 0.61)	0.69 (0.67; 0.70)
2014/2015	0.61 (0.60; 0.62)	0.70 (0.68; 0.71)

Nad daty s osobními komunikačními indexy byla spočítána i analýza rozptylu trojeného třídění s uvažováním intraindividuální závislosti studentů před a po výuce.

Statisticky významnou roli v modelu hraje jak fáze pre a post výuce,  $p < 0,0001$ , tak i ročník výuky,  $p < 0,0001$ .

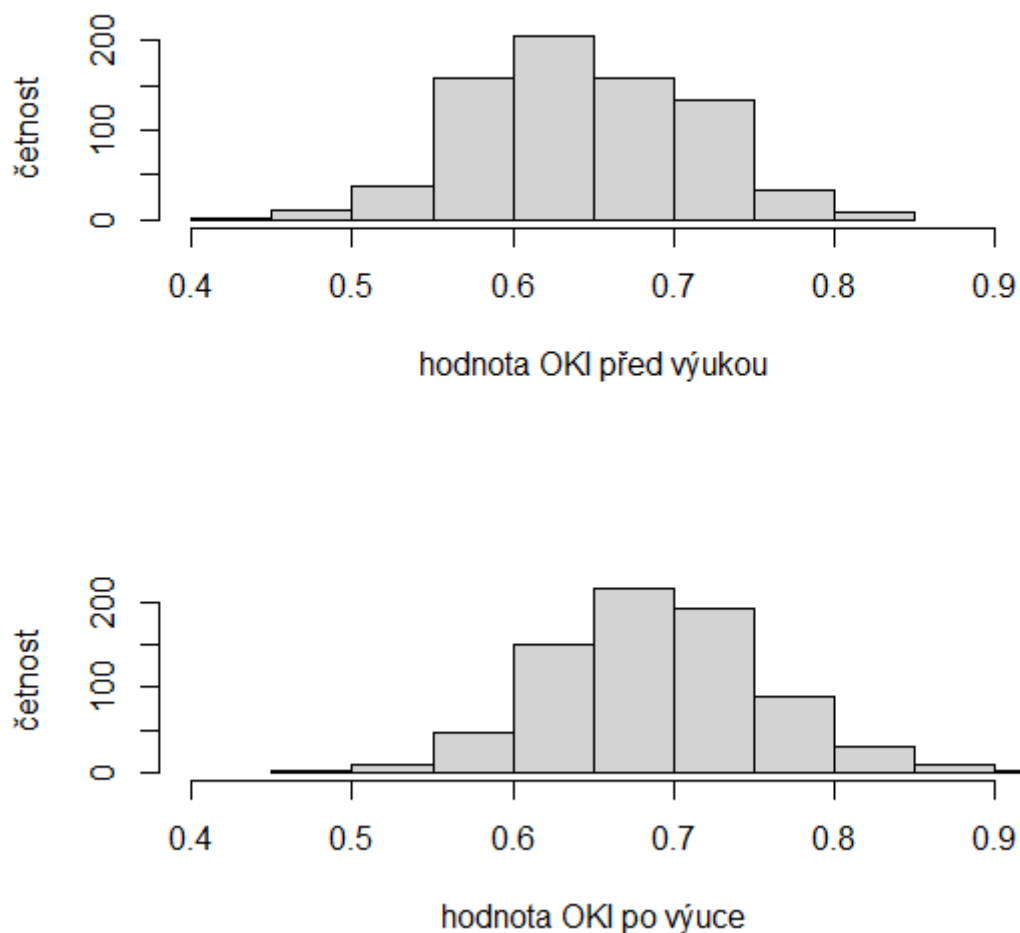
Osobní komunikační index je statisticky významně nižší ve fázi pre,  $p < 0,0001$ , a rovněž je statisticky významně nižší v ročnících 2013/2014 a 2014/2015, což je dáno vstupně nižším sebehodnocením studentů, jak je vidět v tabulkách 14 a 15. Naopak pohlaví nemá vliv na výši osobního komunikačního indexu,  $p = 0,367$ . Mnohonásobné porovnání dle Tukeye (viz tabulka 16), popisuje statistický význam mezi jednotlivými ročníky výuky.

**Tabulka 16** Porovnání mezi jednotlivými ročníky výuky

	<b>Difference</b>	<b>P hodnota</b>
2011/2012-2010/2011	-0,0012	0,999432
2012/2013-2010/2011	-0,00332	0,968948
2013/2014-2010/2011	-0,04494	0
2014/2015-2010/2011	-0,03235	<0,000001
2012/2013-2011/2012	-0,00212	0,994428
2013/2014-2011/2012	-0,04375	0
2014/2015-2011/2012	-0,03115	<0,000001
2013/2014-2012/2013	-0,04162	0
2014/2015-2012/2013	-0,02903	<0,000001
2014/2015-2013/2014	0,012597	0,112831

Na 5% hladině statistické významnosti se oboustranným testem o střední hodnotě podařilo zamítnout nulovou hypotézu o rovnosti středních hodnot před a po, a díky tomu lze přijmout alternativní hypotézu o signifikantním rozdílu mezi oběma obdobími. Tuto skutečnost lze rovněž pozorovat na grafech níže, na kterých vidíme vyjádření četnosti hodnoty indexů. Na první pohled je vidět, že po výuce se hodnoty indexu přesunuly více vpravo, což značí signifikantní vliv výuky. Vyšší četnost je pak ve sloupcích s hodnotami 0,7; 0,8 a 0,9 v porovnání s hodnotou indexu před výukou.

Na obr. 16 jsou ilustrovány osobní komunikační indexy před a po výuce komunikačních dovedností. Histogramy ukazují pravděpodobnostní rozložení osobních komunikačních indexů před a po výuce.



**Obr. 16** Histogramy rozložení osobních komunikačních indexů před a po výuce

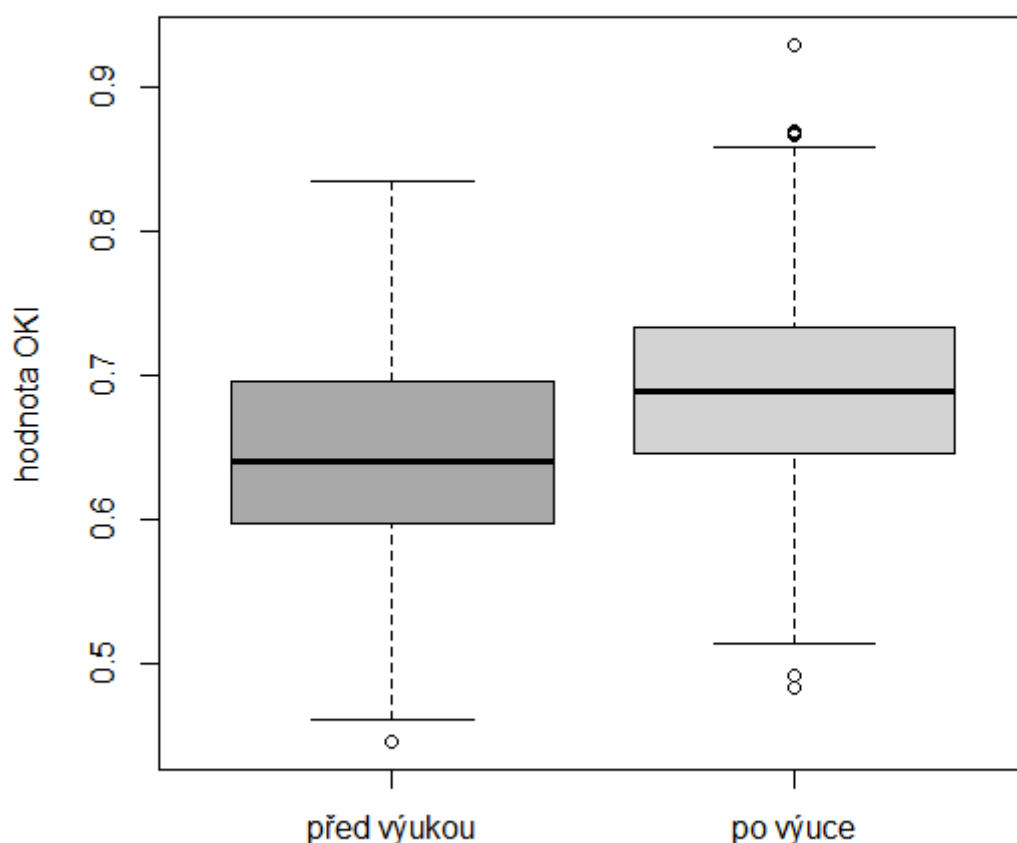
Celkové porovnání osobního komunikačního indexu před a po výuce bez ohledu na pohlaví či ročníky výuky je možné i pomocí dvouvýběrového t-testu díky normálnímu rozložení indexu.

Welch Two Sample t-test

```
data: oki_pre and oki_post
t = -13.0891, df = 1487.943, p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0 sample estimates:
mean of x mean of y
0.6450613 0.6901857 95 percent confidence interval:
-0.05188687 -0.03836203
```

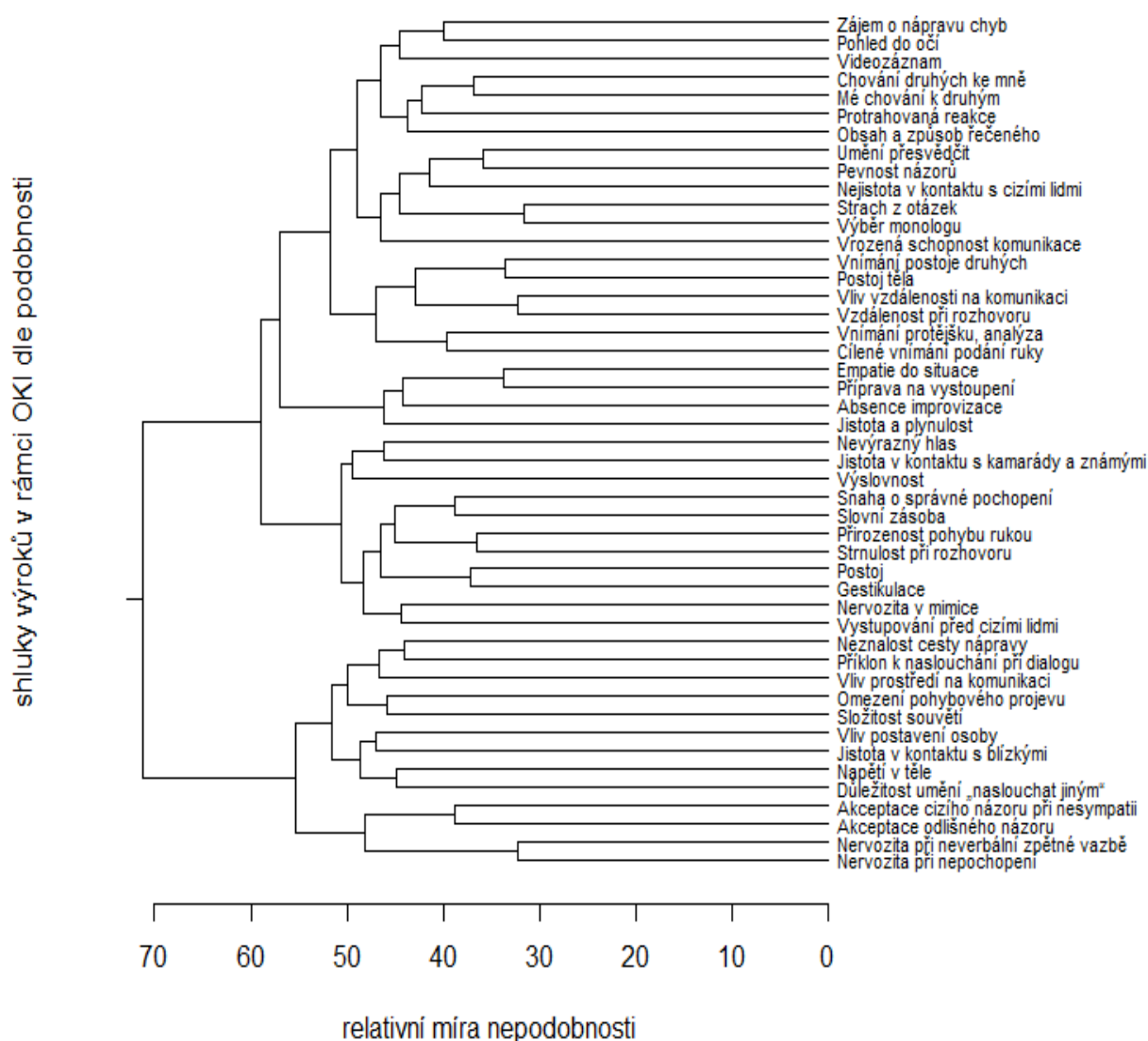
Obrázek 17 vyjadřuje medián a 1. a 3. kvartil osobního komunikačního indexu před a po výuce. Je patrné, že po výuce je hodnota osobního komunikačního indexu u studentů, kteří

absolvovali výuku komunikace v rámci povinného předmětu „Ošetrovatelství“ vyšší než před výukou. Výše uvedený fakt lze chápat jako pozitivní prvek, který odráží vhodnost využitých metod ve výuce komunikace s přihlédnutím k obsahu vyučované látky, stanoveným cílům, individuálním možnostem studenta, časovému prostoru vyhrazenému na tematický celek a prostorovým možnostem učeben.



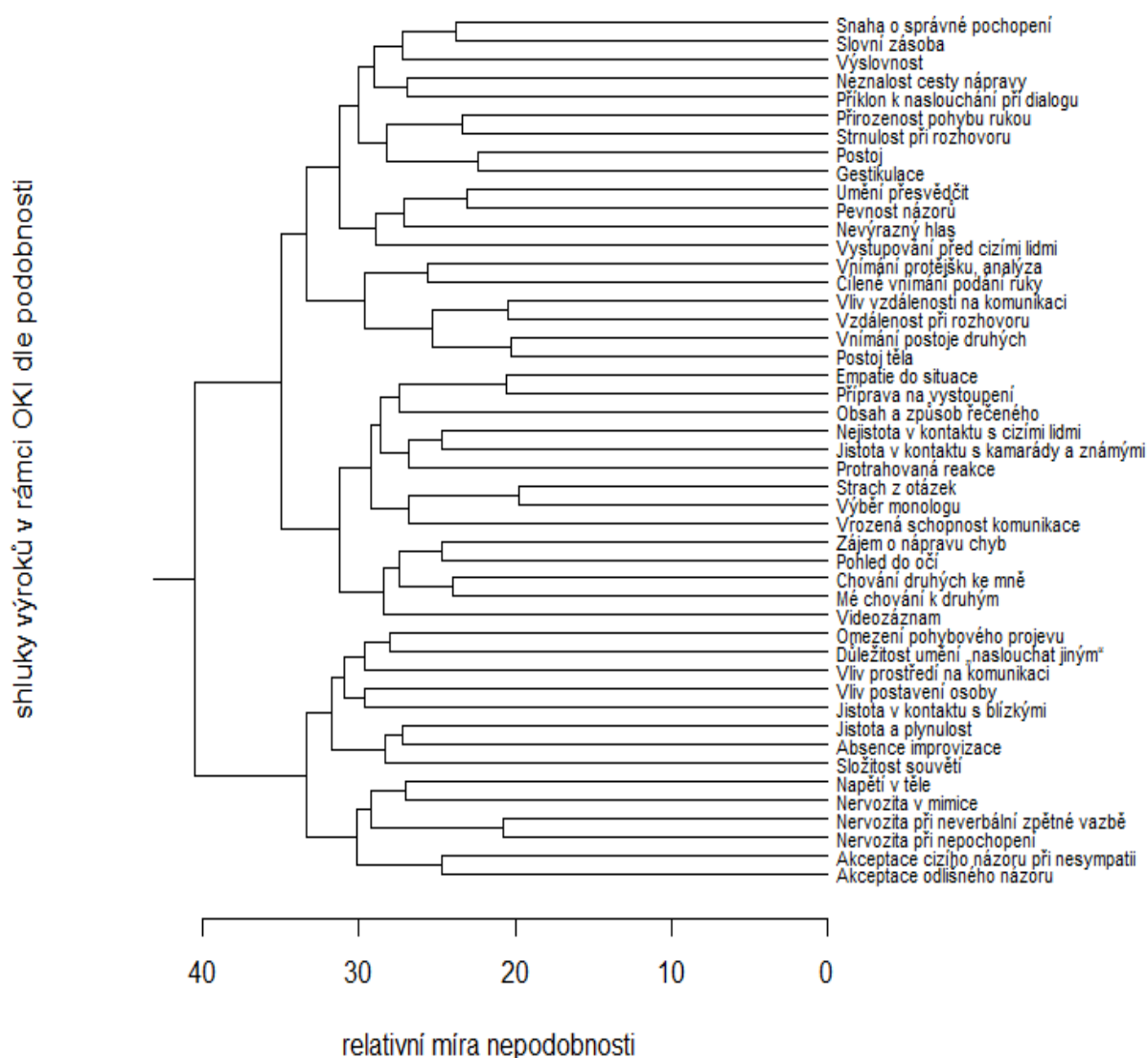
**Obr. 17** Porovnání osobního komunikačního indexu před a po výuce

Na obrázcích 18 - 20 jsou uvedeny výsledky shlukové analýzy postupně nad oběma pohlavími, nad muži a nad ženami. Dendrogramy na obrázcích popisují vzájemnou míru podobnosti mezi jednotlivými výroky použitými při sestavování osobního komunikačního indexu.



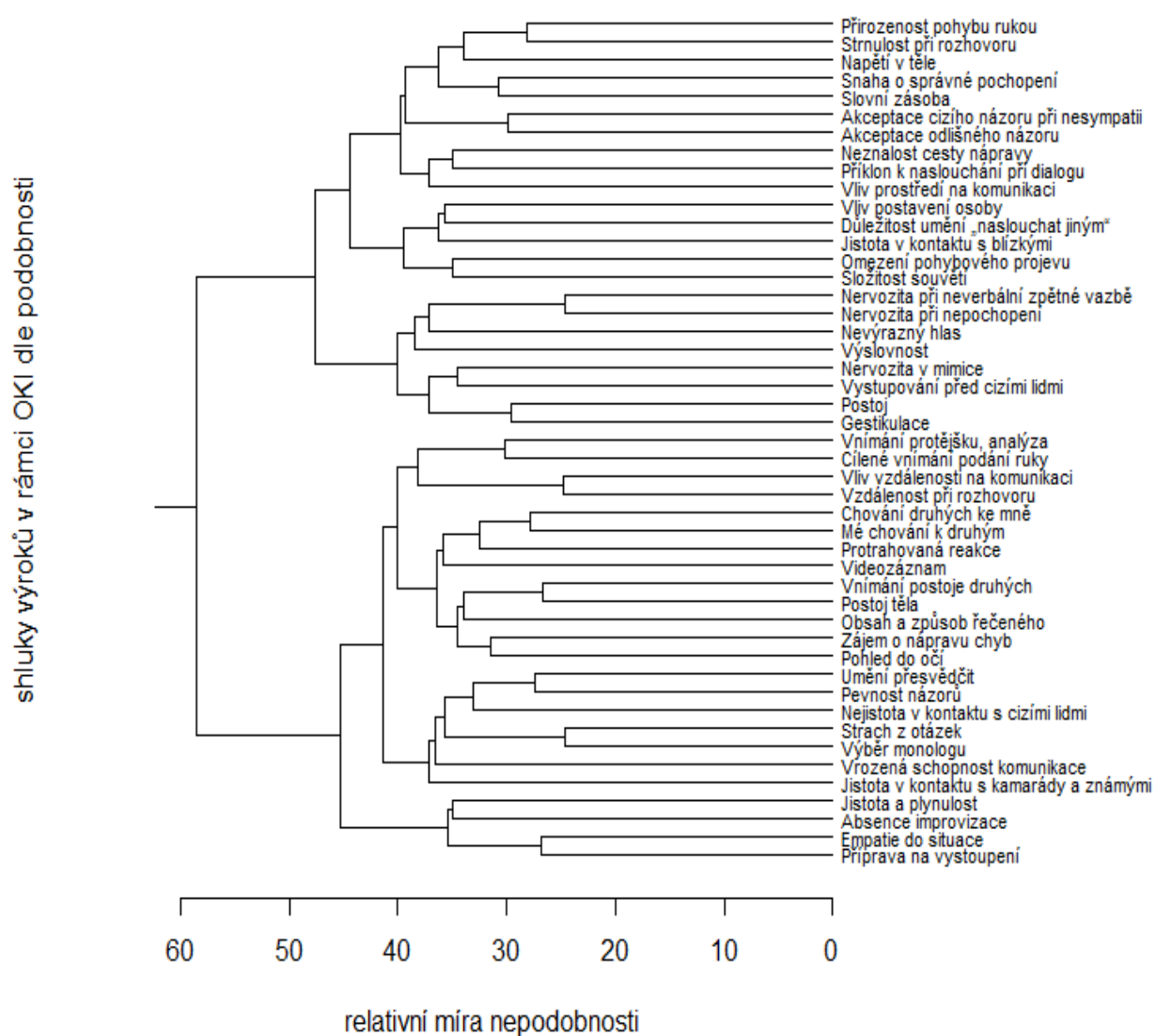
**Obr. 18** Hierarchická shluková analýza nad výroky v rámci osobního komunikačního indexu u obou pohlaví současně.

Např. „postoj těla“ a „vnímání postoje druhých“ hodnotili studenti velmi podobně, proto jsou oba tyto výroky rozděleny na relativně nízké hodnotě nepodobnosti, zde  $< 40$ . Velmi nízkou hodnotu nepodobnosti,  $< 40$  mají například výroky o „nervozitě při neverbální zpětné vazbě“ a „nervozitě při nepochopení“. Totéž platí pro výroky „strach z otázek“ a „výběr monologu, nebo výroky „vnímání vlivu vzdálenosti při komunikaci“ a „vzdálenosti při rozhovoru“, které mají nízkou hodnotu nepodobnosti  $< 40$ .



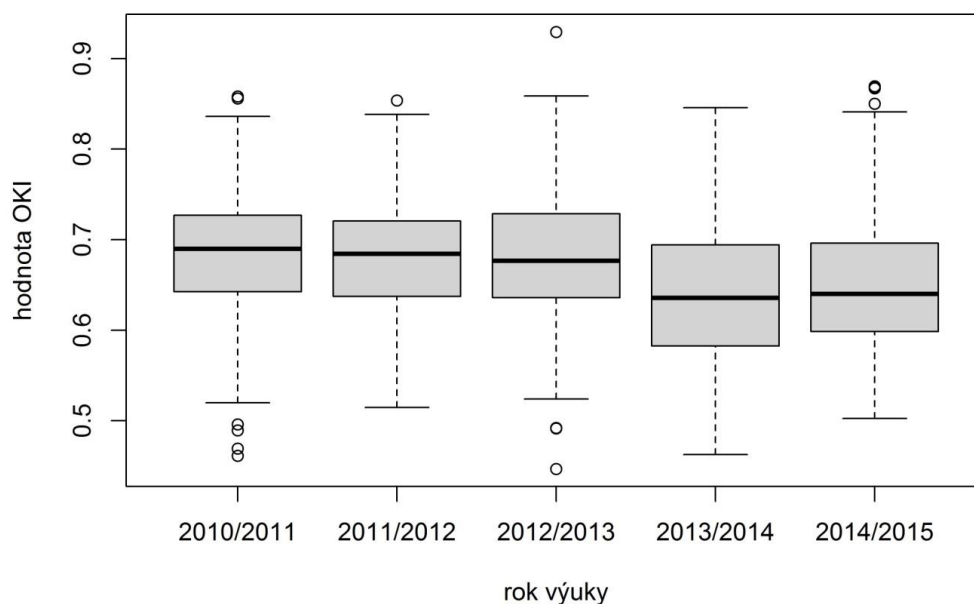
**Obr. 19** Hierarchická shluková analýza nad výroky v rámci osobního komunikačního indexu u mužů

Např. „postoj těla“ a „vnímání postoje druhých“ hodnotili studenti velmi podobně, proto jsou oba tyto výroky rozděleny na relativně nízké hodnotě nepodobnosti, zde  $< 30$ . Totéž platí například pro výroky „vliv vzdálenosti při komunikaci“ a „vzdálenost při rozhovoru“, nebo „vnímání postoje druhých“ a „postoj těla“, dále výroky „empatie do situace“ a „příprava na vystoupení“. Velmi nízkou míru podobnosti mají u mužů výroky „strach z otázek“ a „výběr monologu“. Celková variabilita v odpovědích u mužů je nižší než v odpovědích u žen – dendrogram se začíná větvit na nižších hodnotách než u žen.



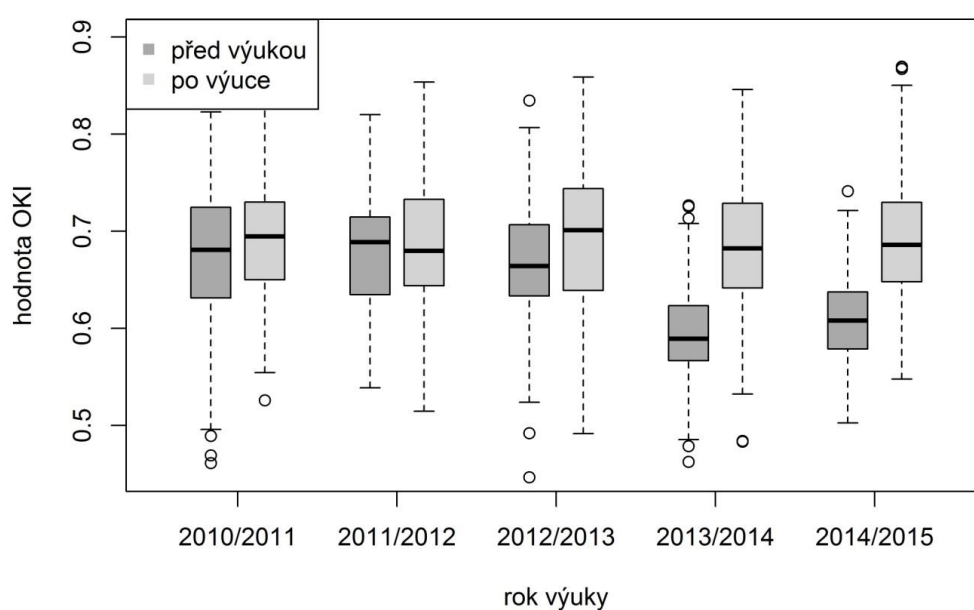
**Obr. 20** Hierarchická shluková analýza nad výroky v rámci osobního komunikačního indexu u žen

Např. „postoj těla“ a „vnímání postoje druhých“ hodnotili studenti velmi podobně, proto jsou oba tyto výroky rozděleny na relativně nízké hodnotě nepodobnosti, zde  $\ll 30$ . Významně vysokou hodnotu podobnosti lze vidět u žen při výrocích „vliv vzdálenosti při komunikaci“ a „vliv vzdálenosti při rozhovoru“, nebo u výroků „strach z otázek“ a „výběr monologu“, dále u výroků „nervozita při neverbální zpětné vazbě“ a „nervozita při nepochopení“. Celková variabilita v odpovědích u žen je vyšší než v odpovědích u mužů – dendrogram se začíná větvit na vyšších hodnotách než u mužů.



**Obr. 21** Porovnání hodnot OKI studentů v jednotlivých letech

Na obrázku 21 lze vidět posun hodnoty OKI studentů v jednotlivých letech. Mezi lety 2010/2011 až 2012/2013 není zaznamenán výrazný rozdíl, avšak v akademických letech 2013/2014 a 2014/2015 je sice průměrná hodnota OKI nižší, avšak za předpokladu přísnějšího sebehodnocení vstupních dovedností.



**Obr. 22** Porovnání OKI studentů před a po výuce v jednotlivých letech



Z uvedeného obrázku lze vyčíst rozdílná hodnocení OKI studentů v jednotlivých letech před a po výuce. Zatímco se v letech 2010/2011 až 2011/2012 nevyskytují významnější odchylky v sebehodnocení OKI, od roku 2012/2013 až do roku 2014/2015 dochází k výrazným odchylkám sebehodnocení studentů v OKI před a po výuce. Nejvýraznější odchylku lze zaznamenat v akademickém roce 2013/2014.

Výše uvedená fakta lze chápat jako pozitivní prvek, který odráží vhodnost využitých metod ve výuce komunikace s přihlédnutím k obsahu vyučované látky, stanoveným cílům, individuálním možnostem studenta, časovému prostoru vyhrazenému na tematický celek a prostorovým možnostem učeben.

### 8.3 Výsledek dvourozměrné ANOVA opakovaných měření

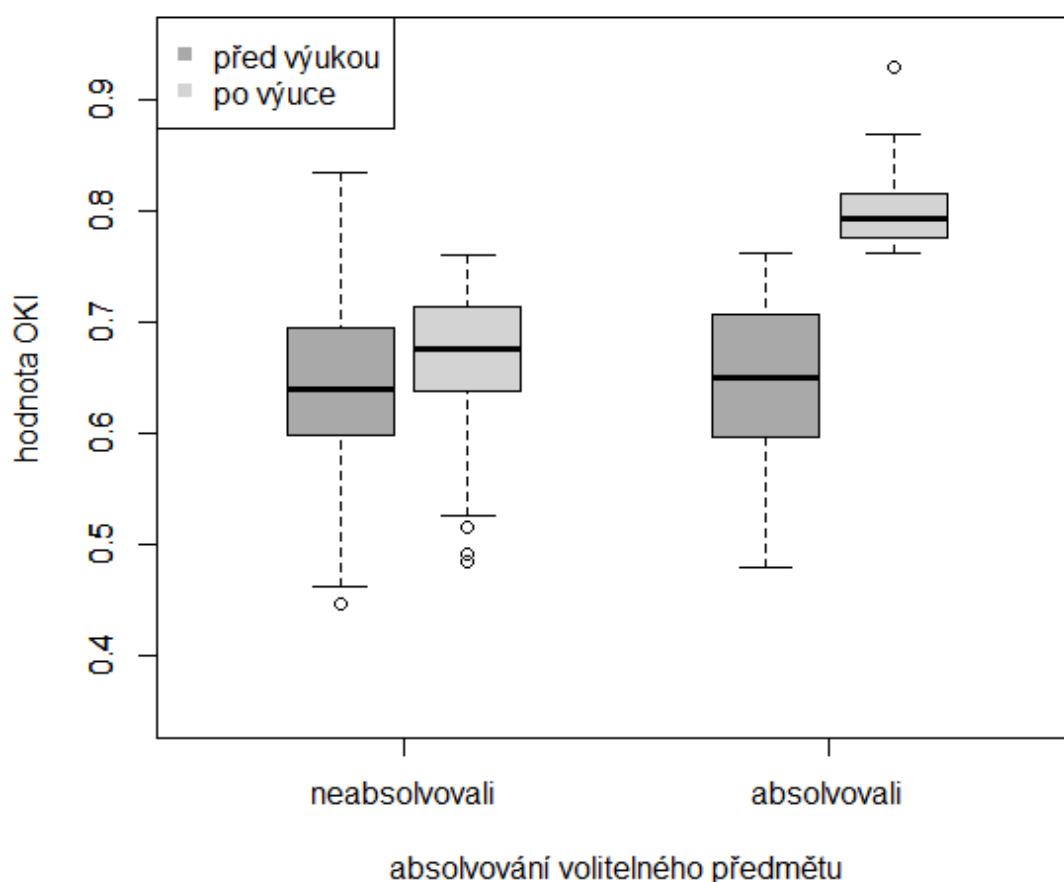
V této části kapitoly se zaměřím na porovnání rozdílů mezi hodnotou osobního komunikačního indexu mezi studenty, kteří absolvovali volitelný předmět „Komunikační dovednosti“ (dále jen absolvent) a těmi, kteří ho neměli možnost absolvovat (dále jen neabsolvent). Tito studenti prošli jen výukou komunikace v rámci povinného předmětu „Ošetřovatelství“ v časové dotaci, která je na toto téma vyhrazena, jak uvádím výše.

Z výsledků vyplývá, že jednak existuje statisticky významný rozdíl mezi průměrnou hladinou OKI u studentů, kteří volitelný předmět „Komunikační dovednosti“ absolvovali a kteří ne (zatím bez ohledu na fázi před vs. po výuce),  $p < 0,00001$ , dále existuje statisticky významný posun ve výši OKI u každého studenta (ať už předmět absolvoval, nebo ne) na konci období oproti hodnotě OKI na začátku sledovacího období,  $p < 0,0001$ . Nejdůležitější je ovšem závěr, že existuje statisticky významný rozdíl ve změně nárůstů OKI během sledovacího období u studentů, kteří volitelný předmět „Komunikační dovednosti“ absolvovali, proti těm, kteří ho neabsolvovali (signifikance interakčního členu). Vše rovněž dobře vystihuje následující tabulka a diagram.

**Tabulka 17** *Konfidenční interval OKI u absolventů a neabsolventů*

95 % Confident Interval	Studenti neabsolvující předmět	Studenti absolvující předmět
pre	0.64 (0.64; 0.65)	0.65 (0.64; 0.66)
post	0.67 (0.67; 0.68)	0.80 (0.79; 0.81)
post - pre	0.03 (0.02; 0.03)	0.15 (0.14; 0.17)

Tabulka 17 znázorňuje středovou hodnotu 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu osobního komunikačního indexu (OKI) u skupiny studentů, kteří neabsolvovali předmět a těmi, kteří absolvovali předmět, vždy na začátku (pre), na konci (post) sledovacího období. Je uveden i odhad rozdílu OKI post vs. pre. U studentů absolvujících předmět je změna OKI podstatně vyšší než u studentů, kteří předmět neabsolvovali. U obou skupin je však změna statisticky významná.



**Obr. 23** Hodnoty OKI u absolventů a neabsolventů

Na obrázku 23 jsou zřetelné hodnoty osobního komunikačního indexu (OKI) u skupiny studentů, kteří neabsolvovali volitelný předmět „Komunikační dovednosti“, resp. kteří absolvovali předmět, vždy na začátku (pre) a na konci (post) sledovacího období. Na počátku, tedy před výukou, je OKI u obou skupin srovnatelný, na konci období se významně liší. Větší vzestup OKI zaznamenala skupina studentů absolvujících volitelný předmět „Komunikační dovednosti“.

## 9 DISKUZE

V této kapitole se zaměřuji na analýzu získaných výsledků mého výzkumného šetření a diskutuji je s dostupnými tematicky relevantními studiemi zahraničních autorů. Získaná data z dotazníkového šetření a z pozorování vybraných komunikačních dovedností nejsou přímo měřena žádným standardizovaným aparátem ani srovnávána s možným etalonem; analýza dotazníkových dat má díky tomu svá specifika.

Především je nutné uvažovat možnost, že jsou data odevzdaná respondenty do nějaké míry ovlivněna jejich subjektivním pochopením dotazníkových otázek, které nemusí být vždy zcela shodné s tím, jak chápe otázky zadávající výzkumník. Vzhledem k tomu, že ale dané dotazníky vyplňuje obecně velké množství respondentů, jsou data celkově relativně odolná vůči mírnému výskytu dotazníků vyplněných od respondentů, kteří se vymykají všeobecnému trendu. Odpovědi z takových dotazníků by se mohly ve výběrech jevit jako odlehle hodnoty, ovšem vzhledem k výše uvedeným faktům je možné tento fakt celkem vyloučit. Tyto hodnoty je tak možné chápat v podstatě jako náhodnou chybu, nikoliv jako systematickou chybu (bias), která by do dat přinášela nežádoucí, zkreslující trend. Všechna data nad všemi porovnávanými proměnnými následovala normální Gaussovo rozložení, což umožňuje použít silnou baterii parametrických metod. Zároveň prokázáním normálního rozložení bez výraznějších odchylek od jeho typického zvonovitého tvaru akcentujeme fakt, že potenciální přítomnost odlehklých hodnot nebude mít žádný zkreslující vliv na výsledky.

Analýza rozptylu porovnávací rozdíly v průměrovaných hodnotách jednotlivých kategorií komunikačních dovedností odečtených z videozáznamů mezi sebou jednoznačně prokázala, že **v rámci všech kategorií je statisticky velmi významný rozdíl mezi úrovní komunikačních dovedností aktivního naslouchání a předávání informací před a po absolvování volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“, a to ve prospěch komunikačních dovedností na konci výuky.** Tento fakt potvrzuje výzkumnou hypotézu 3. Je třeba si ale uvědomit, že před a po absolvování výuky není úroveň komunikačních dovedností zkoumaných probandů jediný parametr, který se mění. V ideálním případě by to tak bylo, ale na konci výuky mohou při vzájemném hodnocení probandů mezi sebou hrát roli i to, že se během výuky navzájem poznali a sblížili, proto se na konci výuky hodnotí částečně lépe než na začátku, bez ohledu na reálně zlepšení komunikačních dovedností, dále probandi dobře chápou design studie, čili tuší, že na konci výuky by „měli“ vykazat vyšší komunikační dovednosti než tomu mohlo být na začátku. Zmíněné

faktory mohou poněkud snížit sílu závěru, nicméně hladina významnosti je tak nízká, že role náhody, že by se studenti hodnotili navzájem náhodně bez ohledu na reálné komunikační dovednosti, je naprosto minimální.

Naopak **napříč vyučovanými ročníky se neprokázal žádný statisticky významný rozdíl v průměrné komunikační úrovni studentů – ani nad komunikačními schopnostmi chápanými celkově, ani v jednotlivých podkategoriích**, čímž potvrzujeme výzkumnou hypotézu 4. V kombinaci s faktem, že se však vždy na konci každého ročníku komunikační úroveň zvyšila, to svědčí o trvale vysoké a neměnné úrovni výuky. Do budoucna bude zajímavé pozorovat vývoj nad větším počtem ročníků, kdy se mohou prokázat i vlivy s podstatně delší periodou, resp. pomalým trendem růstu – např. sekulární faktory, nástup některých specifických generací na vysokou školu – například těch generací, které již od útlého dětství měly přístup k internetu, resp. sociálním sítím, popř. dalším společenským vlivům, které jistě posouvají tradiční komunikační profil mladého člověka.

Za velmi přínosný prvek lze vnímat fakt, že při hodnocení osobního komunikačního indexu byla současná metodika poněkud vylepšena. Na rozdíl od pouhého součtu bodů pro každý výrok u daného studenta, čímž bychom jistě obdrželi také smysluplnou informaci, na jaké jsou asi rovni komunikační schopnosti daného studenta, pokud bychom hodnotu takového součtu vždy srovnali s možným maximem, je ale vhodné uvažovat i možnou závislost některých výroků, resp. jejich blízkost, nebo naopak nepodobnost jiných výroků v rámci sedmačtyřiceti pokládaných při konstrukci komunikačního indexu.

V předloženém výzkumném šetření byla v rámci strukturovaného pozorování sledována komunikační dovednost aktivního naslouchání a dovednost předávání informací. Tyto dovednosti byly pro zjednodušení členěny na verbální a neverbální stránku té dané dovednosti.

Ve zdravotnické péči lze za mimořádně důležitou, často sledovanou a z psychologického hlediska nepostradatelnou součást komunikace považovat dovednost aktivního naslouchání. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, tato dovednost má své subkategorie, jejichž dodržování přesvědčuje pacienta o prostředí důvěry k ošetřujícímu lékaři, medicínské péči, jistotě a bezpečí. Dodržováním jednoduchých kroků zaměřených na povzbuzení, objasnění, zrcadlení, parafrázování a sumarizaci dochází k uspokojování potřeb psychologických potřeb pacienta a splňuje se tak požadavek moderní péče v holistickém přístupu k nemocným. V rámci hodnocení **verbální** stránky dovednosti **aktivního naslouchání** byl ve výzkumném šetření prokázán posun středové hodnoty 95 %

konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu verbální stránky aktivního naslouchání z **2,44 na 3,32**. Lze tedy konstatovat značný posun (+ 0,78) v této dovednosti po skončení výuky komunikačních dovedností. V jednotlivých letech není středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu verbální stránky aktivního naslouchání významně odlišná. Z hlediska vývoje komunikačních dovedností verbální stránky aktivního naslouchání (IA) před a po výuce **dochází k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie IA po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti**, hodnota se pohybuje kolem 3,4. Porovnání verbálních komunikačních dovedností v kategorii aktivního naslouchání vyjadřuje, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace IA je tedy napříč ročníky podobná. Malou odchylku (hodnota 3,0) v průměrné hodnotě lze zaznamenat v roce 2010/2011, která vykazuje vyšší hodnotu než ostatní ročníky (2,8).

V oblasti hodnocení **neverbální** stránky dovednosti **aktivního naslouchání** byl ve výzkumném šetření prokázán posun středové hodnoty 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu z **2,42 na 3,33**, tedy + 0,91. Ve sledování všech komunikačních dovedností je to nevyšší rozdíl ve vývoji komunikačních dovedností zkoumaného souboru. Lze usuzovat, že při nácviku aktivního naslouchání studenti v pre fázi zcela pominuli neverbální složku této dovednosti a zaměřili svou pozornost na strukturu verbální části aktivního naslouchání. Prokazuje se, že analýzou videonahrávek dochází k odhalení nedostatků v komunikaci, které si leckdy student ani neuvědomuje. Opět se zde prosazuje uvědomění si síly neverbální komunikace, což je možné považovat za potěšující fakt. Z pohledu vývoje komunikačních dovedností neverbální stránky aktivního naslouchání (IB) před a po výuce **dochází k posunu v komunikačních dovednostech kategorie IB po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti**. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty neverbálních komunikačních dovedností kategorie aktivního naslouchání, hodnota se pohybuje kolem 3,3. Porovnání neverbálních komunikačních dovedností v kategorii aktivního naslouchání nevykazuje mezi jednotlivými ročníky výuky statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace oblasti IB je tedy napříč ročníky podobná (3,0). Z výsledků lze však zaznamenat nepatrně nižší hodnotu neverbální stránky komunikační dovednosti aktivního naslouchání v roce 2012/2013, která se pohybuje okolo 2,8.

Při hodnocení komunikační dovednosti **Aktivního naslouchání z celkového** pohledu (I A+B), tedy verbální i neverbální stránky, lze konstatovat, že středová hodnota 95 %

konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu komunikační dovednosti I (A+B) se posunula z **2,43 na 3,33**, tedy + 0,90. Opět lze vyvodit závěr, že **posun komunikační dovednosti aktivního naslouchání z celkového pohledu vykazuje vzhledem k ostatním výsledkům významný nárůst**, což potvrzuje výzkumnou hypotézu 3.1. V jednotlivých letech nevykazuje středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu komunikační dovednosti I (A+B) výrazné rozdíly. Z hlediska vývoje komunikační dovednosti aktivního naslouchání před a po výuce lze konstatovat rozdíl před a po absolvování výuky. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie I (A+B), z 2,4 na hodnotu 3,3. Z porovnání komunikačních dovedností v rámci aktivního naslouchání v jednotlivých letech, nebyl mezi jednotlivými ročníky výuky nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace I (A+B) je tedy napříč ročníky podobná a pohybuje se v rozmezí 2,7 – 2,9.

Ve verbální oblasti dovednosti Předávání informací jsem sledovala jednotlivé kategoriální systémy, jako je stručnost, výstižnost, logická struktura a dále uvedené v kapitole 5.2. Vycházela jsem z faktu, že pojetí srozumitelnosti může být vnímáno jinak na straně lékaře i pacienta. Středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu **verbální stránky předávání informací** za celé sledované období vystoupala z **2,59 na 3,22** (tedy + 0,63). Lze tedy tvrdit, že se po nácviku posouvá schopnost stručnosti, výstižnosti, srozumitelnosti, přehlednosti, plynulosti, volby odborných výrazů a práce s hlasem na vyšší úroveň. V **neverbální části** sledované dovednosti **předávání informací** došlo v celém sledovaném období rovněž k posunu středové hodnoty 95 % konfidenčního intervalu z **2,67 na 3,51**. Lze konstatovat, že u neverbální stránky došlo k výraznějšimu posunu středové hodnoty 95 % konfidenčního intervalu pro její průměrnou hodnotu a to + 0,84, zatímco u verbální stránky byla tato hodnota nižší. Lze se domnívat, že neverbální stránka při předávání informací byla pro studenty při nácviku natolik významná, že se studenti při post výstupech na ni cíleně zaměřili. Z praktického průběhu výuky komunikačních informací mohu vyvodit význam analýzy videonahrávek po prvním výstupu, kde si studenti především všímali neverbality své a svých kolegů. Prokazuje se zde silný vliv neverbálních projevů v komunikaci mezi lidmi a její výsadní postavení v medicínské péči. Z hlediska posouzení jednotlivých ročníků je možné konstatovat, že v roce 2010/2011 byla zaznamenána nevyšší středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu verbální stránky dovednosti předávání informací (2,93), avšak rozdíl nebyl tak významný, ostatní akademické roky jsou přibližně stejné.

Porovnáním verbální stránky dovednosti Předávání informací (IIA), tedy schopnost stručnosti, výstižnosti, srozumitelnosti, přehlednosti, plynulosti, volby odborných výrazů a práce s hlasem se vyznačuje rozdíl v komunikačních dovednostech před a po absolvování výuky. **Po absolvování výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie IIA** na hodnotu 3,4. Prokazují tím, že metoda hraní rolí, u které je možný videozáznam má silný účinek na osvojení jednotlivých subkategorií. Student je vtažen do modelové situace a dochází k jeho uvědomění si individuality pacienta, jeho nepředpokládaných reakcí, jeho různorodé úrovně vnímání a chápání faktů. Přehlednost a výstižnost byly těmi kategoriemi, které studenti hodnotili v závěrečné fázi jako nejobtížnější. Naopak za samozřejmou byla považována subkategorie používání odborných termínů, ve které studenti nepocíťovali těžkosti a uvědomovali si zásadu nepoužívat odborné výrazy při komunikaci s pacientem. Důvodem může být fakt prostupnosti této zásady napříč všemi předměty, od počátku studia. Opakováním naléhavosti dodržovat tento princip, dochází k uvědomování si frekvence jeho užívání v interakci s pacientem. Porovnání komunikačních dovedností kategorie IIA, tedy předávání informací napříč jednotlivými ročníky nevykazuje žádné signifikantní rozdíly, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace v této kategorii je napříč ročníky podobná, pohybuje se kolem hodnoty 2,9. Můžeme tak konstatovat, že mezi studenty v jednotlivých letech neexistují významné rozdíly v osvojení dovednosti předávání informací. Z hlediska posouzení jednotlivých ročníků je možné konstatovat, že v roce 2010/2011 byla zaznamenána nejvyšší středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu neverbální stránky předávání informací. Průměrná hodnota činila 3,13, což je na rozdíl od ostatních let výrazně vyšší průměrná hodnota. V akademickém roce 2011/2012, 2012/2013 a 2014/15 vykazovala středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu neverbální stránky předávání informací rozdíl v rozpětí 0,6 – 0,7, což lze považovat za nevýznamný rozdíl.

Obecným srovnáním neverbální stránky dovednosti předávat informace (IIB) - udržení pohledu, postoj, gestikulace, mimika, pohyby a vzdálenost, **lze usuzovat na významný nárůst průměrné hodnoty komunikačních dovedností kategorie IIB po výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti**, na hodnotu 3,5. Rovněž i zde lze usuzovat na význam užití metody hraní rolí, která prostřednictvím prožitku a zpětné vazby ovlivňuje studenta v uvědomování si své mimiky, gestikulace, vzdálenosti a pohybů v interakci s pacientem. Porovnání subkategorií komunikační dovednosti IIB napříč jednotlivými ročníky nevykazuje žádné signifikantní rozdíly, střední hodnota bodového

hodnocení úrovně komunikace v této kategorii je napříč ročníky podobná, pohybuje se kolem hodnoty 3,2. Můžeme tak konstatovat, že mezi studenty v jednotlivých letech neexistují významné rozdíly v osvojení neverbálních projevů dovednosti předávání informací.

Při hodnocení komunikační dovednosti **Předávání informací celkově (II A+B)**, tedy verbální i neverbální stránky, lze konstatovat, že došlo rovněž k posunu středové hodnoty 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu této komunikační dovednosti **z 2,63 na 3,35**, tedy +0,72, což potvrzuje výzkumnou hypotézu 3.2. **Posun komunikační dovednosti předávání informací z celkového pohledu vykazuje vzhledem k ostatním výsledkům významný nárůst.** V jednotlivých ročnících nevykazuje středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu této komunikační dovednosti žádné významné změny. Z hlediska porovnání uvedené dovednosti Předávání informací se prokazuje rozdíl v komunikační dovednosti kategorie II (A+B) před a po absolvování výuky. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikační dovednosti kategorie II (A+B) z 2,7 na hodnotu 3,3. V jednotlivých letech nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace II (A+B) je tedy napříč ročníky podobná, pohybuje se na úrovni 3,0.

V této části analýzy komunikačních dovedností **Aktivního naslouchání a Předávání informací** získaných pozorováním lze uvést závěrečný rozbor sledovaných komunikačních dovedností z celkového pohledu. Středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu komunikačních dovedností se posouvá z **2,53 na 3,34**, což je posun + 0,81. V jednotlivých ročnících výuky nevykazuje středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu komunikačních dovedností významný rozdíl. Z porovnání komunikačních dovedností před a po výuce lze usuzovat na rozdíl v komunikačních dovednostech celkově před a po absolvování výuky volitelného předmětu. Po absolvování výuky došlo k signifikantnímu nárůstu průměrné hodnoty komunikačních dovedností celkově z 2,5 na 3,3, tedy + 0,8. V porovnání obou komunikačních dovedností v jednotlivých letech je patrné, že mezi jednotlivými ročníky výuky nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, střední hodnota bodového hodnocení úrovně komunikace celkově je tedy napříč ročníky podobná, což potvrzuje stanovenou hypotézu 4. Nepatrně zvýšenou hodnotu vykazují celkové komunikační dovednosti v akademickém roce 2010/2011 (3,0). Na co lze usuzovat z uvedených výsledků strukturovaného pozorování komunikačních dovedností? V prvé řadě je nutné si uvědomit, že získané výsledky potvrzují relativně stabilní úroveň přijímaných studentů na lékařskou



fakultu. Potvrzují to i nevýrazné, či téměř žádné rozdíly v hodnocení jak subkategorií, tak celkových komunikačních dovedností napříč jednotlivými ročníky. Lze tak předpokládat, že se i v případném dalším šetření nebude výrazně měnit jejich potenciál. Dále lze konstatovat, že důraz kladený na dovednost aktivního naslouchání vykazuje výraznější středové hodnoty 95 % konfidenčního intervalu této komunikační dovednosti. Může to být dáno tím, že se ve výuce klade velký důraz na výuku aktivního naslouchání, jeho analýzu, prožitek situace, nácvik a opakovaně je v předmětu probírán jeho význam pro pacienta. Dokladem je nízká středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu této komunikační dovednosti, pohybující se u aktivního naslouchání lehce nad hranicí 2,40 v pre hodnoceních. Dosažením vyšší hodnoty, která po nácviku vždy přesahuje hodnotu 3,30, je potvrzen rozvoj dovednosti aktivního naslouchání. Z uvedených výsledků je rovněž možné usuzovat na fakt, že studenti při nácviku aktivního naslouchání se zaměřují zvláště na zvládnutí verbálních kroků a neverbální projevy aktivního naslouchání jsou v pozadí. To potvrzuje výsledek středové hodnoty 95 % konfidenčního intervalu neverbální stránky komunikační dovednosti aktivního naslouchání, která vykazuje nejvyšší posun ze všech sledovaných částí komunikačních dovedností, (0,91). Statistická analýza je podpořena i závěrečnou evaluací po ukončení předmětu, ve které se studenti vyjadřují k nácviku dovedností, tvorbě videozáznamu a dokladují pochopení aktivního naslouchání, jeho význam pro pacienta a v neposlední řadě i význam pro samotného lékaře, který osvojením dovednosti získává nejen důvěru pacienta, ale rovněž zásadní informace, důležité pro další plánování léčebného režimu. Přes počáteční potíže, které s sebou přináší pochopení jednotlivých kategorií aktivního naslouchání, jejich struktury a významu, se přidávají ještě obavy z natáčení vlastních výstupů na videozáznam, které jsou pro většinu studentů první zkušeností. Z těchto důvodů uvažuji o úspěchu uvedených výsledků, jakožto výrazu jejich schopnosti překonávat překážky a výzvy.

Dovednost předávání informací měla výrazně vyšší hodnotu již v pre měřeních. Z uvedeného plyne, že předávání informací považují studenti za snadnější, což potvrzuje i závěrečná evaluace předmětu. Studenti si před natáčením videozáznamu zcela neuvědomují neverbální stránku této komunikační dovednosti, považují ji za samozřejmou a soustředí se zcela na verbální stručnost, výstižnost, přehlednost atd. To dokládá i výsledek středové hodnoty 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu neverbální komunikační dovednosti Předávání informací, která vykazuje výrazný posun v post měřeních (0,84). V neverbální části předávání informací po nácviku dokonce dosahuje hodnoty 3,51.

Závěrem této části mohu konstatovat, že se potvrzuje úsudek o souvislosti nácviku komunikační dovednosti a intenzivním působení na studenta vhodným výběrem vyučovacích metod. Metodou videotréninku interakcí, který umožňuje zpětnou vazbu, se posouvá osvojení komunikačních dovedností u studentů, což dokládá i statistická analýza celkového hodnocení vývoje vybraných komunikačních dovedností. Středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu dovednosti Aktivního naslouchání byla na začátku nácviku 2,43, avšak po jeho ukončení se již pohybovala na hodnotě 3,33. Posun tedy činí +0,90. U předávání informací byla středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměrnou hodnotu dovednosti 2,63, po nácviku nabrala hodnoty 3,35. Můžeme tedy posun označit jako +72. Rovněž i při celkovém hodnocení komunikačních dovedností vyplývá výše uvedené. Zaměříme-li pozornost na konkrétní cíl, v případě mého šetření na rozvoj komunikační dovednosti, vhodným nácvikem, přístupem, volbou adekvátních metod, lze cíle dosáhnout. Na tomto místě je možné uvažovat, jaký by byl posun v osvojení dalších komunikačních dovedností, pokud by se zvýšila časová dotace výuky volitelného předmětu.

Ve druhé části diskuze se budu zabývat analýzou výsledků shlukové analýzy a výpočtu osobního komunikačního indexu. Záměr zkoumat osobní komunikační index byl dán otázkou, zda může i krátký časový edukační úsek mít vliv na posun ve vývoji komunikačních dovedností. Na základě požadavků studijního plánu všeobecného lékařství, konkrétně bodu o zvládnutí praktické dovednosti komunikace s pacientem, se snažím odpovědět zkoumáním OKI na to, zda lze vůbec přispět k rozvoji komunikačních dovedností již v 1. a 2. ročníku studia. Obsahem zvoleného dotazníku je sebehodnocení studentů, které prostupuje jak verbální stránkou, tak neverbální, paralingvistickou stránkou komunikace, zjišťuje, názory studenta v oblasti sociálního kontaktu a v konečné fázi vyjadřuje názor studenta na přínos videozáznamu k odstranění nedostatků v komunikaci. Bodová hodnocení v rámci sestavování osobního komunikačního indexu jednotlivých výroků byla označena jako odpovědi na 1. až 47. výrok.

Při výpočtu osobního komunikačního indexu byla zvažována smysluplnější metoda než jen pouhý součet bodů pro každý výrok u daného studenta, čímž bychom jistě obdrželi také smysluplnou informaci, na jaké jsou asi úrovni komunikační schopnosti daného studenta, pokud bychom hodnotu takového součtu vždy srovnali s možným maximem. Za přínosnou považuji snahu o zmapování možné závislosti některých výroků, resp. jejich blízkost, nebo naopak odlišnost, v rámci sedmačtyřiceti výroků pokládaných při konstrukci komunikačního indexu. Jako metoda volby pro detekci uvažovaných vnitřních závislostí

mezi výroky byla zvolena k-průměrová shluková analýza, která má své výhody i nevýhody. Hlavní výhodou je jednoduchost metody a snadná uchopitelnost závěrů, které shluková analýza produkuje – jde o to, že se ze vstupních prvků vytvoří skupinky, které obsahují vždy prvky velmi podobné, ale zároveň mezi skupinkami existují významné rozdíly. Nevýhodou k-průměrové shlukové analýzy je nutnost dopředu odhadnout vhodný počet shluků. Smysluplný je počet shluků větší než jedna a menší než počet vstupních výroků, tedy 47. V mém případě došlo k vytvoření 25 shluků s výroky, u kterých mezishluková variabilita dosahuje 70 % celkové variability modelu. Výrazně vyšší počet shluků by ztrácel smysl, protože by obvykle shluky obsahovaly jen jeden výrok, a efekt shlukování by tak byl mizivý. Protože jsou si výroky na základě shlukové analýzy ve stejném shluku vždy podobné, studenti na ně v dotaznících odpovídají obdobně, je třeba využít faktu, že pokud by např. na všechny výroky ve shluku student odpověděl maximální známkou, při komunikačním indexu počítaném jako pouhý součet bodů by se hodnota jeho indexu falešně navýšila. Například shluk číslo 15, který obsahuje tři výroky týkající se vlastního chování k druhým, chování druhých ke mně a uvědomění si vlastní reakce až po proběhlé události, určuje, že každý z těchto výroků bude mít v osobním komunikačním indexu váhu 1/3. K dalšímu shluku, který je zastoupen třemi výroky lze zařadit shluk číslo 2, kam náleží výroky o pocitu napětí v těle při rozhovoru, strnulosti vlastního postoje a přirozené polohy rukou při komunikaci. Posledním shlukem, který je zastoupen třemi výroky, je shluk číslo 16, jež obsahuje preferenci naslouchání při dialogu, vliv prostředí, ve kterém se rozhovor odehrává a neznalost, jak odstranit nedostatky v rozhovoru. Z uvedených výroků, které jsou nejpočetněji v jednotlivých shlucích zastoupeny vyplývá, že lze tyto výroky nahradit a nejsou tak výjimečné. Čím méně výroků ve shluku, tím je výrok unikátnější, nezastupitelný a výjimečný. Čím více je výroků ve shluku, tím více roste pravděpodobnost, že by došlo k falešnému nadhodnocení, resp. podhodnocení komunikačních schopností studenta, pokud by byly hodnoceny komunikačním indexem počítaným pouze jako součet všech bodů za všechny výroky. Počet výroků ve shluku určuje váhu každého výroku v tomto shluku. Proto je efekt podobnosti výroků v rámci shluků, minimalizován zavedením jejich vah. Výsledný osobní komunikační index je tak váženým součtem nad všemi výroky. **Nejvyšší váhu z uvedených výroků (1,0) mají výroky o vrozené schopnosti komunikace, jistotě v komunikaci s blízkými, zlepšení výslovnosti, nevýrazný hlas a možnost řešení pomocí videozáznamů.** Tyto výroky se jeví jako unikátní a nezastupitelné. Je překvapivé, že mezi výroky s nejvyšší váhou lze zařadit i sebehodnotící výrok o možnosti řešit nácvik komunikačních dovedností pomocí

videozáznamu. Potvrzuje to ojedinělost využívání této cesty k osvojení komunikačních dovedností na sledované lékařské fakultě. Výroky s nejvyšší vahou potvrzují charakteristiku vývojového období mladé dospělosti, pro kterou je typická stabilizace zodpovědnosti a zaměřenost na dlouhodobé cíle (Kučera, 2013, s. 150).

Středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměr osobních komunikačních indexů nad všemi ročníky a oběma pohlavími před a po výuce byla nejvýraznější u mužů v akademickém roce 2013/2014, která se zvýšila z 0,59 na 0,68 po výuce a v roce 2014/2015 se její hodnota zvýšila z 0,61 na 0,69 po výuce. U žen se středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměr osobních komunikačních indexů v roce 2013/2014 zvýšila z 0,60 na 0,69, po výuce a v roce 2014/2015 se její hodnota zvýšila z 0,61 na 0,70 po výuce. V ostatních letech se středová hodnota 95 % konfidenčního intervalu pro průměr osobních komunikačních indexů významně nezvýšila ani u žen, ani u mužů. Výzkumná hypotéza 2 se tedy nepotvrdila. Rozdíly v posunu hodnot OKI v letech 2013/2014 a 2014/2015 odpovídají změnám v podmínkách k přijetí na lékařskou fakultu. Rovněž se poněkud **mění průměrná hodnota komunikačního indexu napříč vyučovanými ročníky**. Opět u ročníků 2013/2014 a 2014/2015 je vidět, že však nejde o snížení osobního komunikačního indexu ve fázi po výuce, ale před výukou. Na rozdíl od ostatních sledovaných let se studenti hodnotí v těchto dvou ročnících přísněji, než předtím. To je relativně neočekávaný výsledek, může být vysvětlen například zpřísněním ústní části přijímacího řízení na lékařskou fakultu a tedy přijetím jiného spektra studentů. Po konzultaci se zástupci jiných preklinických ústavů 2. LF UK je potvrzena silnější tendence sebeprosazování u studentů posledních dvou ročníků, kteří i v jiných preklinických předmětech jsou výrazně diskutabilnější, progresivnější a kreativnější.

**V porovnání sebehodnocení komunikačních dovedností před a po výuce povinného předmětu Ošetrovatelství, jehož součástí je tematický celek komunikace je patrné, že po výuce je hodnota osobního komunikačního indexu vyšší než před výukou.** Tento výsledek potvrzuje výzkumnou hypotézu 1. Lze tedy usuzovat, že studenti přijímaní na lékařskou fakultu mají již vytvořeny komunikační předpoklady pro toto náročné a zodpovědné povolání. Posun OKI již po přednášce v trvání 90 minut a semináři v rozsahu 150 minut je toho dokladem. V daném časovém rozsahu je více než nutné pracovat s motivací studentů, atraktivitou přednášené látky, volbou aktivizujících forem výuky, tak aby bylo maximálně využito času, který je pro téma komunikace na 2. LF UK určen. Lze tvrdit, že v jiných preklinických předmětech se otázkou komunikace studenti zabývají jen okrajově, tudíž intenzivní výuka tématu komunikace je soustředěna do povinného

předmětu Ošetřovatelství, jehož součástí je zmíněná přednáška a seminář v uvedené časové dotaci. Analýza ukázala, že osobní komunikační index je statisticky významně vyšší po absolvování výuky, což je očekávaný a žádoucí výsledek a nejspíš odpovídá přínosu výuky komunikace i za stávajících podmínek. Cílené užití metod výuky za účelem motivace studenta ke zvládnutí komunikačních strategií, nácvik verbálních a neverbálních projevů v interakci se skupinou, argumentační cvičení aj. potvrzují správnost volby vybraných výukových metod v souvislosti s posunem osobního komunikačního indexu každého studenta. Je možné předpokládat, že při navýšení hodin s tematikou komunikace v 1. a 2. ročníku v rámci povinného předmětu Ošetřovatelství, by byl posun osobního komunikačního indexu ještě významnější.

Metodu grafického znázornění pomocí dendrogramu jsem zvolila proto, že přehledně popisuje vzájemnou míru podobnosti mezi jednotlivými výroky použitými při sestavování osobního komunikačního indexu. Dendrogram byl sestaven pro všechny studenty napříč všemi ročníky, dále pak zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Rozdíly ve shlukování výroků v rámci komunikačního indexu mezi jednotlivými ročníky mapovány nebyly; nepředpokládám výrazný posun mezi dvěma sousedními ročníky. U žen je patrná celkově větší variabilita odpovědí, která začíná na 60, u mužů se projevuje nižší variabilita odpovědí, která začíná na 40. Tento fakt je možné interpretovat tak, že muži nejsou obecně schopni postihnout některé detaily v rozdílech mezi jednotlivými výroky, lze předpokládat, že jim více splývá jejich význam. Genderový stereotyp je v období mladší dospělosti spojen s tzv. mužností, která se projevuje tendencí ovládat, sebeprosazovat se, výkonností a racionalitou. Vzhledem k výše uvedeným závěrům, mohu tyto prvky potvrdit i v mém výzkumném šetření. Vysoká míra podobnosti byla zaznamenána u mužů ve výrocih „vliv vzdálenosti při komunikaci a „vzdálenost při rozhovoru, nebo „vnímání postoje druhých“ a „postoj těla“, dále výroky „empatie do situace“ a „příprava na vystoupení“. Velmi vysokou míru podobnosti mají u mužů výroky „strach z otázek a „výběr monologu“. Vyšší míru nepodobnosti >20 zaznamenaly u mužů výroky „vnímání protějšku“ a „cílené vnímání podání ruky“, „neznalost jak se zlepšit“ a „příklon k naslouchání při dialogu“. U mužů se projevuje vnímání vzdálenosti při komunikaci jako silný prvek, stejně tak vnímání postoje druhých a svého těla patří rovněž u mužů mezi značně podobné prvky. Za překvapivé lze u mužů považovat vysokou míru nestejných odpovědí u výroků vystihujících vnímání protějšku a cílené vnímání podání ruky. Prokazuje se tak u mužů rozdílnost ve vnímání druhé osoby při rozhovoru, což může být dáno praktickým zaměřením mužů na rozdíl od žen a tendencí dominance v tomto vývojovém období. Z uvedeného lze naopak usuzovat,

že studentky jsou více připraveny vnímat rozdíly a jsou tak na profesionální komunikaci více nadané. Rovněž u žen je sebepojetí v mladší dospělosti spojeno s tzv. ženskostí, mezi jejíž projevy lze zařadit například přizpůsobivost, vyšší emotivitu, důraz na neverbalitu, vzhled, vyšší citlivost. U žen vykazují vysokou míru podobnosti výroky „vliv vzdálenosti při komunikaci“ a „vliv vzdálenosti při rozhovoru“, nebo u výroků „strach z otázek“ a „výběr monologu“, dále u výroků „nervozita při neverbální zpětné vazbě a „nervozita při nepochopení“. Vyšší míru nepodobnosti >30 vykazují u žen například výroky „jistota a plynulost“ a „absence improvizace“, „nervozita v mimice“ a „vystupování před cizími lidmi“, „omezení pohybového projevu“ a „složitost souvětí“. Z uvedených výsledků vyplývá, že vzdálenost při komunikaci ženy chápou jako důležitý prvek sociální interakce a prokazují zvýšené vnímání neverbální komunikace a eventuální nepochopení řečeného. Je to pozitivní výsledek, který se stává předpokladem uplatňování empatie při kontaktu s pacienty. Naopak jistota a plynulost projevu a absence improvizace není u žen sledovaného souboru výraznou stránkou. Z celkového pohledu, tedy hodnocení míry podobnosti, resp. nepodobnosti je zajímavé zjištění, že nízkou míru nepodobnosti mají výroky „nervozita při neverbální zpětné vazbě“ a „nervozita při nepochopení“, „empatie do situace“ a „příprava na vystoupení“, „postoj“ a „gestikulace“, „vliv vzdálenosti při komunikaci“ a „vzdálenost při rozhovoru“. Vůbec nejvyšší míru podobných odpovědí zaznamenaly výroky u obou pohlaví současně „strach z otázek“ a „výběr monologu“. Na základě uvedeného mohou soudit, že výstupy studentů před publikem, preference monologu před dialogem, strach z otázek mohou být i pro studenty na vysoké škole překážkou a zvládnutí těchto dovedností nelze považovat za samozřejmost. Nejistota ve vedení rozhovoru, obava z neznalosti reakcí na pacientovy otázky, paralelní vnímání svých neverbálních projevů se slovním obsahem, nesoustředěnost v naslouchání jsou těmi jevy, které je nutné v období sociální prestiže zvládnout a osvojit si.

Závěr diskuze bych věnovala prokazatelnému nárůstu osobního komunikačního indexu u studentů, kteří měli možnost absolvovat volitelný předmět Komunikační dovednosti. Tento nárůst je signifikantní a **potvrzuje** hypotézu 5, která **předpokládá statisticky významný rozdíl ve změně nárůstů OKI během sledovacího období u studentů, kteří volitelný předmět „Komunikační dovednosti“ absolvovali, proti těm studentům, kteří ho neabsolvovali**. Středová hodnota 95% konfidenčního intervalu pro OKI u studentů, před začátkem výuky byla jak u absolventů volitelného předmětu, tak neabsolventů téměř totožná. Pohybovala se v rozmezí 6,64 – 0,65. Výrazné změny však tato hodnota dosahuje u studentů, kteří absolvovali volitelný předmět „Komunikační dovednosti“ (0,80) proti

skupině studentů, kteří předmět neabsolvovali (0,67). Již tyto skutečnosti potvrzují význam výuky komunikace alespoň ve formě volitelného předmětu. Ještě výrazněji lze tento pozitivní přínos vidět na obrázku 23, kde je signifikantní nárůst mediánu osobního komunikačního indexu u studentů absolvujících volitelný předmět. Hodnota dosahuje téměř hodnoty 0,8, oproti neabsolventům, jejichž hodnota se pohybuje u hranice 0,7. Na základě uvedené skutečnosti lze soudit, že dvacetihodinová dotace výuky volitelného předmětu má své nezastupitelné místo a potvrzuje tendence zahraničních výzkumů, zařadit výuku komunikace do průběhu celého studia všeobecného lékařství a připravit tak všechny studenty na mimořádně náročné komunikační situace v klinickém prostředí. Jsem si vědoma, že tento akt je velkým zásahem do návrhu studijních programů pro akreditační řízení, avšak, nedojde-li ke změně přístupu a chápání významu komunikace již ve sféře tvorby programu, nemůžeme očekávat změnu přístupu lékaře v jednání s pacientem. Je nasnadě si uvědomit fakt, že teprve, prožije-li člověk situaci ve zdravotnickém zařízení, se kterou není spokojen, teprve pak chápe význam vstřícné interakce a vzájemného pochopení mezi zdravotníkem a pacientem. Alternativou zlepšení úrovně komunikačních dovedností studentů všeobecného lékařství je doplnění a rozšíření výuky klinických předmětů o specifika komunikace s pacienty s danou diagnózou jakožto povinného doplňku ke všem předávaným informacím o příslušné chorobě. Předešlo by se tím typickému pojetí pacienta jako diagnózy a naopak podpořilo celostní, bio-psycho-sociálně-spirituální vnímání člověka.

## **9.1 Studie související se zkoumaným tématem**

Komunikace je vrozená dovednost, která je různě vyvinutá u všech lidských bytostí. Za klinickou dovednost byla uznána teprve nedávno a stejně jako všechny ostatní klinické dovednosti by se měla rozvíjet a vyučovat (McEwen, Kraszevski, 2010). Tento fakt se stává výchozím i v mém výzkumném šetření. Komunikační dovednosti, které si student osvojuje při výuce komunikace, jsou, jak již bylo uvedeno, závislé především na portfoliu každého jedince, jeho osobnostních a sociálně interakčních předpokladech. V našem výzkumu jsem vycházela z předpokladu, že komunikačním dovednostem se lze naučit, lze je zdokonalovat. Vliv výcviku komunikačních dovedností a jeho pozitivního účinku na jejich rozvoj je doložen v řadě studií. Na tomto místě uvedu například randomizované studie zaměřené na studenty medicíny (Marteau et al., 1991; Quirk et Babineau, 1992; Campbell et al., 1996), edukační sestry (Daniels et al., 1988), onkologické sestry (Razavi et al., 1993) a smíšené skupiny gynekologů a porodních asistentek (Smith et al., 1995),

kteře jednoznačně potvrzují předpoklad, že komunikačním dovednostem se lze naučit. Další studie průkazně dokládají účinek komunikačního školení na zlepšení schopnosti například vést rozhovor nebo schopnosti získat informace od pacienta (Kramer et al., 1989; Tamburino et al., 1990; Craig, 1992; Kendrick a Freeling, 1993; Greco et al., 1998). Rutter a Maguire (1976) v randomizované studii, kterou provedli u studentů na klinickém kurzu v oboru psychiatrie, zkoušeli rozvoj komunikačních dovedností po aplikaci tradičního výukového postupu a po použití videonahrávek s okamžitou zpětnou vazbou od učitele. Již po jednom týdnu byli studenti ze skupiny s využitím zážitkového učení schopni získat více informací od pacientů než kontrolní skupiny s tradičním způsobem výuky (Rutter, Maguire, 1976). Maguire et al. (1977) randomizované studenty medicíny sledoval na třech formátech výuky. Prvním formátem byla tradiční výuka za využití metod demonstrací a opakování (kontrolní skupina), druhým formátem bylo čtení prvotního materiálu, sledování interview na videokazetě, rozhovor s učitelem a diskuze skupiny. Třetí formát byl v podobě prvotního čtení materiálu, formulace vlastních otázek studentů, sledování interview učitele a studenta na videokazetě a závěrečná diskuze. Výsledkem byla signifikantně výraznější schopnost studentů druhé a třetí skupiny získat informace od pacienta při rozhovoru. Podobných výsledků, signifikantně lepších při použití metody hraní rolí a diskuze mezi sledovanou a kontrolní skupinou, bylo dosaženo ve studii Evanse et al. (1991, 1996). Maguire (1986) zjistil ve své dlouhodobé studii, která se zabývala dovednostmi vedení rozhovoru s pacientem, že vyškolení studentů v komunikačních dovednostech v oblasti rozhovoru bylo lepší u sledované skupiny, která prošla nácvikem vedení rozhovoru. Žádná ze skupin neprošla nácvikem dovednosti předávání informací, což se projevilo dosažením stejných výsledků kontrolní a sledované skupiny v poskytování informací. Výsledky, které uvedené a mnohé další studie předkládají, lze ve stručnosti shrnout takto:

- komunikačním dovednostem se lze naučit;
- je rozhodující délka trvání nácviku;
- získané dovednosti lze snadno zapomenout, pokud se neaplikují v každodenní praxi.

V souvislosti se stanoveným cílem výzkumu o významu nácviku a rozvoji komunikačních dovedností lékařů, jsem v úvodní části hledala studie, které by k této otázce zaujímaly stejné výchozí stanovisko, které by bylo totožné s mým. Mé pojetí významu nácviku komunikačních dovedností v interakci mezi lékařem, potažmo zdravotnickým pracovníkem a pacientem je potvrzeno například ve studii Graceové a Bowese (2009),



kterí uznávají efektivní komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem za základní klinickou dovednost. Zde kladu důraz především na slovní spojení „základní dovednost“, která není samozřejmostí u každého jedince, a kterou je vzhledem k narůstajícím požadavkům na profesionální vystupování lékařů žádoucí nacvičovat a osvojovat. Neexistuje žádný standard pro efektivní komunikaci lékař – pacient. Kritika komunikačních dovedností lékařů ve zdravotnickém prostředí mě vedla k zamyšlení, jak posuzovat efektivní komunikaci, jak učit komunikačním dovednostem tak, aby jejich osvojení bylo pro lékaře motivační a v neposlední řadě, aby bylo zaměřeno především na pacienta a uspokojování jeho psycho-sociálních potřeb (Bowles, Mackintosh, Torn, 2001). Burnard a Morrison (1991) se snažili identifikovat klíčové faktory, které stojí za selháním vnímání lékařů při komunikaci s pacienty. Ve své studii došli k překvapivému (a ze současného pohledu nepřipustnému) závěru, který zařadil mezi klíčové faktory organizační kulturu, nedostatek času, emocionální profesní vypětí a pohled na medicínu jako praktickou profesi, v níž komunikace funguje jen jako prostředek pro poskytování informací.

Moderní přístup k osvojování komunikačních dovedností potvrzuje řada studií, na tomto místě uvedu například studii Zalihiče, Obrdalje (2014), která prosazuje v osvojování komunikačních dovedností studentů v procesu sociální interakce zaměřit pozornost na obě složky komunikace, verbální i neverbální a tyto dovednosti aplikovat skrze hraní rolí, imitaci situací, se kterými se zdravotníci setkávají. Doporučují, stejně jako v mém případě, vytvořit komunikační situaci například s konfliktním, negujícím pacientem, pacienty se specifickými potřebami, výuku doporučují doplnit o specifika komunikace v týmu a komunikaci s médii. V mém výzkumném šetření jsem s autory výše uvedené studie vycházela ze stejných předpokladů, připravila jsem ve formě scénářů obvyklé situační modely z ošetrovatelské praxe, které se staly výchozími pro tvorbu videonahrávek sledovaných komunikačních dovedností.

Patidar (2012) ve svém výzkumném šetření shrnuje výstupy osvojených komunikačních dovedností do struktury pěti C. První komunikační dovedností by měla být schopnost kompletního podání informace, která předchází nedorozumění mezi oběma stranami komunikačního cyklu (complete). To je podporováno kombinačním využíváním vybraných metod výuky. Návikem verbální komunikace se směřuje k jasnosti, přesnosti, vhodné volbě slov, vyhýbání se nejednoznačnosti slov (clarity). Dodržování správnosti vyjadřování, tedy komunikace bez odborných výrazů (correctness) je dosaženo opět návikem verbálního vyjadřování s možností adekvátní zpětné vazby. Lékaři by měli volit svá slova pečlivě tak, aby respektovali individuální schopnosti pacienta jim porozumět.

Touto dílčí oblastí verbální komunikace se zabývali Lloyd a Craig (2007), kteří uvádí eufemismy, dialekt, akcent, hovorové výrazy a zkratky jako možnosti vedoucí k nepochopení, a hůře, k ohrožení zdravotního stavu pacienta. Stručnost, odstranění zbytečných, zavádějících slovních obrátů, komplikovaných souvětí, ztrácejících význam (concise) je dovedností, které je možné dosáhnout využitím videonahrávek simulovaných situací, které svou autentičností nastavují zrcadlo jednotlivým aktérům. Pozornost věnovaná pacientovi, vstoupit do myšlení druhého, akceptovat jeho úroveň vzdělání, názorové postoje, předsudky (consideration) je dosaženo využitím široké škály aktivizujících metod.

Existuje nedostatek studií zabývajících se dlouhodobým sledováním komunikačních dovedností po absolvování školení nebo výuky komunikace. Žádná studie se ovšem nezabývá otázkou, jaká by měla být celková doba studia komunikačních dovedností (Aspegren, 1999). Zmíněné východisko dokladuje řada studií, například Parryové, Brownové (2009), které potvrzují vliv efektivitu výuky komunikačních dovedností na osvědčených strategiích učení, které daný vyučující využívá. McDonald-Wiks a Lewet-Jones (2012) si ve výzkumu kladli otázku, jaké jsou nejlepší dostupné důkazy o strategiích výuky komunikačních dovedností v pregraduální a postgraduální přípravě lékařů a sester. Ve svém systematickém přehledu studií, který sestavili podle přísných kritérií, uvádí například studii Ahsena, Batula, Ahmeda, Imama, Igbala, Shamshaira et al., (2010), která dokládá fakt, že experimentální nebo prakticky zaměřené programy podporující nácvik komunikačních dovedností jsou účinnější než programy, které jsou založeny pouze na teorii a diskuzi. Rajashree (2011) jde ještě dál a uvádí, že učitel komunikačních dovedností by měl být sám o sobě vyškolen nejen v této oblasti, ale i v oblasti hodnocení komunikačních dovedností. Z uvedeného vyplývá, že zvládnutí kvalitní strategie výuky předmětu komunikace nebo předmětů s ní souvisejících předpokládá především didaktické zvládnutí vyučovací hodiny.

Mnohé zahraniční studie uvádí metody simulací a hraní rolí jako efektivní instruktážní metody zacílené na zlepšení řeči těla, použití jazyka na úrovni porozumění pacienta. Moule (2008) tyto metody rozšiřuje dále například o případové studie, virtuální on-line prostředí a jiné (Moule et al., 2008). Nejvýraznějším a nejúčinnějším nástrojem simulované situace je z našeho pohledu realita situace v bezpečném prostředí. Nácvik simulované konzultace s pacientem se tak může nacvičit v podmínkách, které pacienta neohrožují a student má tak příležitost pochopit a procvičit své komunikační dovednosti. Je zde uplatněna zásada individuálního tempa jednotlivce, která je základním předpokladem efektivního zvládnutí

dovednosti. Benner et al. (2010) ve své studii podporují možnost procvičování dovednosti dle individuálního tempa, za výrazně pozitivní přínosný prvek považují možnost získání zpětné vazby od prostředníků, spolužáků, kteří jsou v daném okamžiku nejbližšími členy týmu. Tohoto principu je využito při metodě videotréninku interakcí v rámci výuky volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ na 2. LF UK zaměřeného na procvičování vybraných dovedností aktivního naslouchání a předávání informací. Festa, Baliko, Mangiafico, Jarosinski (2000) uvádí jako další výhodu simulovaného rozhovoru možnost vyzkoušet si své dovednosti bez jakéhokoliv možného škodlivého následku na psychiku pacienta. V mém výzkumu studenti podpořili tento závěr, když v evaluaci přínosu videonahrávek uvedli sice vystupování před kamerou jako zdroj obav, nicméně hlavní přínos vidí v možnosti ovládnout stres z prvního kontaktu s pacientem, jednodušší vstup do „skutečného“ rozhovoru s nemocným a v neposlední řadě za přínosné považují schopnost soustředit se na způsob vedení rozhovoru a aplikaci teorie a integraci nových komunikačních modelů v praxi. V předloženém výzkumném šetření se první zpětná vazba vztahovala k vytvořeným videonahrávkám, které byly před skupinou prezentovány a na nichž byla provedena analýza jednotlivých pozorovaných kategoriálních systémů. Další zpětná vazba následovala v konečném závěru výuky předmětu komunikace, kde byla se studenty provedena závěrečná evaluace formou diskuze. Z této byl proveden závěrečný audiozáznam. Výsledky evaluace předmětu komunikace jsou uvedeny dále.

Videozáznam vlastních komunikačních projevů je chápán jako výzva k efektivní komunikaci s pacientem a v neposlední řadě vede k pochopení sebe sama, svého jednání. Zpětnovazební reakcí na simulované výstupy se zabývá Nilsen a Baerheim (2005), kteří chápou konzultaci nad videonahrávkami v rámci zpětné vazby jako užitečný způsob vedoucí ke zlepšení komunikace uvnitř studentského spolku. Model pro poskytování zpětné vazby ve výchovně vzdělávacím procesu založený na komunikačních schopnostech používaných v klinické praxi může být značně užitečný v profesní přípravě lékařů, jak uvádí autoři studie Milan, Parish, Reichgott (2010) o modelu vzdělávání klinických komunikačních dovedností a vlivu zpětné vazby na ně. Roter et al. (2004) ve své studii provedli srovnávací analýzu pre a post výkonů rezidentů poté, co prošli programem zhlédnutí inovativních videí a zpětnovazebním posouzením výkonů. Použitím kvantitativní analýzy prokázali metodu videonahrávek a jejich zpětného hodnocení jako účinný a efektivní nástroj učení. Zpětná vazba, potažmo sebehodnocení jedince prostřednictvím videonahrávek se jeví jako dovednost přispívající ke zdokonalení nejen vlastního stylu komunikace s pacientem, ale i způsobů učení a rozvoji vzdělávání obecně, což potvrzuje

studie autorů Zick, Granieri, Makoul, kteří preferují podporu studentů, aby měli možnost otevřeně a poctivě zhodnotit své komunikační chování bez obav možných následků. Každá komponenta systému sebehodnocení má potenciál stimulovat reflexi a motivovat ke sebezlepšení tím, že identifikuje silné a slabé stránky a odhaluje jejich příčiny (Zick, Granieri, Makoul, 2007).

Tvorba vlastních videonahrávek umožňuje kreativní přenos informací ke studentovi, vlastní tempo učení díky možnosti opakovaného převíjení, zastavení a přehrávání. Bylo dokázáno, že lékaři, kteří prošli programem analýzy videonahrávek, používají v interakci s pacientem více otevřených otázek, dávají svým pacientům více času na odpověď, lépe jim naslouchají, dokážou výstižněji interpretovat neverbální projevy v komunikaci a umí podat pacientům srozumitelnější rady než ti lékaři, kteří se programu sebereflexe nezúčastnili. Tyto závěry plynou již i ze závěrů starších studií například Jefferse a Guthrieho (1988), Hayese (1990), Evanse et al (1992, 1996) nebo novějších Boscart, (2009), McGilton, et al. (2006), Bowles et al. (2001). Jak jsem již zmínila, bylo součástí mého výzkumu i pozorování konkrétních kategoriálních systémů vybraných komunikačních dovedností v oblasti verbální i neverbální komunikace. Totožné se jeví podmínky studie Poskipartové, Liirnatainenové, Kettunenové (1999), které pro účely své studie zabývající se sebereflexí zdravotnických pracovníků pomocí videonahrávek v oblasti poradenství, stanovily tři dimenze komunikace. První byla oblast lingvistických a paralingvistických dovedností, které zahrnovaly jasnost, přesnost a výstižnost vyjadřování, tón hlasu, hlasitost a rychlost řeči. Druhou dimenzi tvořila neverbální komunikace, kde sledovanými subkategoriemi byly oční kontakt, výraz obličeje, dotek, gesta, držení těla, vzdálenost komunikujících, osobní prostor, rychlost pohybu a celkový vzhled. Třetí dimenzi zastupoval účel a záměr komunikace, kde byly sledovány podkategorie jako povzbuzování, naslouchání a reakce na informace poskytnuté pacientem, dotazování, uklidňující vystupování. Podobnosti rozdělení jednotlivých kategorií lze najít i v mé výzkumné části, týkající se tvorby videozáznamu vybraných komunikačních dovedností. Ve výše zmíněném výzkumu finských autorek lze dohledat závěr týkající se překvapivě malé zpětné vazby na neverbální komunikaci s pacientem, a neschopnosti poskytnout mu emoční podporu, naopak za silně pozitivní lze považovat dovednost vytvořit a připravit atmosféru pro poradenský rozhovor, schopnost nepoužívat lékařskou terminologii a schopnost specifikovat a dát zpětnou vazbu na verbální projevy pacienta. V této souvislosti autorky studie zmiňují stupnici hodnocení verbální a písemné komunikace dle amerického sociologa J. Mezirowa, který užívá sedm základních stupňů reflektivity.

Mezirow klade důraz na afektivní stránku reflexe, která učí zdravotnické pracovníky jak vnímat, komunikovat, myslet a jednat. Neverbální bezprostřednost je tématem výzkumu Knappa a Halla (2013), kteří neverbální bezprostřednost považují za součást afilantního chování zdravotníků, jež snižuje fyzickou a psychickou vzdálenost mezi poskytovatelem a pacientem. Především kladou důraz na navázání očního kontaktu, který je žádoucí pro odhalení emocí pacientů v psychosociální nouzi. Neverbální bezprostřednost označují jako ukazatel pozitivní emoční komunikace (Knapp, Hall, 2013). Za velmi přínosnou a pro předložený výzkum podporující, lze považovat studii Riese, Kraft-Todda (2014) o empatii jako nástroje pro vylepšení neverbální komunikace mezi lékařem a pacientem. Hlavní myšlenka je zaměřena na nedoceněný význam neverbální komunikace, která hraje zásadní úlohu při sdělování emocí pacientů. V komunikačním programu lékaře a pacienta navrhuji dodržovat akronym slova empatie E: eye contact (oční kontakt), M: muscles and facial expression (výraz obličeje), P: posture (postoj, poloha, A: affect (vliv), T: tone of voice (tón hlasu), H: hearing the whole patient (naslouchání) a Y: your response (vaše odpověď). Tyto jednotlivé kroky byly výchozími i v mém výzkumném šetření v části videonahrávek, kde jsem sledovala komunikační dovednost aktivního naslouchání a předávání informací. Každá z těchto dovedností byla rozčleněna na verbální a neverbální stránku. Stejně jako autoři studie, zaměřila jsem svou pozornost na neverbální projevy studentů při nácviku komunikačních dovedností, abych podpořila důležitost a význam této části komunikace a posílila uvědomění studentů o silném vlivu neverbálních projevů mezi aktéry interakce. Jsem si vědoma, že měření efektivit komunikačních dovedností je obtížné, což potvrzuje i studie Angové (2002), která v tomto smyslu rovněž podporuje realizaci videozáznamů jako součást výuky komunikace, jelikož tvrdí, že hodnocení způsobilosti verbálních komunikačních způsobilostí studentů je nejvýhodnější hodnotit v průběhu pozorování simulovaných konzultací se standardizovanými pacienty s následnou konstruktivní zpětnou vazbou. V souvislosti s podmínkami mého výzkumu toto hodnocení způsobilosti a úrovně komunikačních dovedností studentů jsem prováděla z pozorování simulovaných konzultací, avšak nikoliv se standardizovanými pacienty, ale se studenty, kteří roli pacienta představovali. V předloženém výzkumu považuji za přínosné rozšíření pozorování neverbálních projevů při aplikaci vybraných komunikačních dovedností, které značně doplňují informace o zvládnutí dovedností v celé šíři. Myšlenku multi – face modelu výuky komunikačních dovedností podporují i Collins, Schrimmer, Diamond, Burke (2011), kteří ve své studii tvrdí, že znalosti, dovednosti, postoje zahrnují verbální i neverbální stránku komunikace a nelze je sledovat odděleně. V další studii Nelmse at al.

(1993) studenti hodnotili přínos analýzy videozáznamu ve smyslu většího porozumění překážkám, které mohou v komunikaci nastat a které brání účinným léčebným vztahům. Speciálně zmiňovali postoj těla, vzdálenost od pacienta, pohled do očí, opakování slov, slovní vata, neodpovídání na otázky, nepochopení stavu pacienta. Uváděné položky jsou totožné s těmi, které byly v centru pozornosti i v mém výzkumu, ovšem s tím rozdílem, že jednotlivé verbální a neverbální kategoriální systémy jsem sledovala u dovednosti aktivního naslouchání a dovednosti předávání informací zvlášť.

## **9.2 Závěrečná evaluace volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“**

Na tomto místě uvádím poznatky ze závěrečné evaluace, která proběhla se studenty formou diskuze v závěrečné etapě výuky předmětu. Evaluace se zaměřila na celkové hodnocení výuky předmětu, vlastní hodnocení vývoje komunikačních dovedností každého jedince a ve třetí části byla pozornost zaměřena na hodnocení přínosu videa jako netradičního způsobu výuky předmětu komunikace.

První oblast, celkové hodnocení předmětu, byla studenty posuzována příznivě. Obecně lze shrnout, že hodiny, v nichž byl dodržen didaktický postup, a nebyly opomenuty žádné zásadní didaktické kroky, byly hodnoceny studenty jako přínosné, podnětné, rozšiřující povědomí, obohacující. Pozitivně hodnotí především časté střídání metod za účelem udržení pozornosti. Za překvapivé lze chápat návrh studentů o uplatňování stejných výukových metod, především videotréninku interakcí, avšak v dalším akademickém roce se zaměřením na jiné komunikační dovednosti. Tento názor podporuje myšlenku pokračovat ve výuce komunikačních dovedností, avšak již se zaměřením na konkrétní skupiny pacientů, s nimiž je komunikace specifická a velmi náročná. K pozitivům lze zařadit i studenty vnímaný dostatečný prostor k vyjádření vlastního názoru, možnost diskuze, rovnocenný přístup, možnost dostatečného procvičování vybraných dovedností, respekt k individuálním zvláštnostem jedince. Negativně studenti posuzovali prostorové podmínky v teoretické části (studovna je v přízemních prostorách s nedostatkem přímého denního světla, kde je nutné využít umělého osvětlení), naopak pro praktickou část nácviku komunikace bylo využito modelové učebny, simulující nemocniční pokoj pacienta včetně základního vybavení. Mezi autentickými výroky se objevovaly i takové, které by omezily teoretický úvod do předmětu, což by v našem případě podporovalo myšlenku teoretické e-learningové přípravy.

V oblasti vlastního hodnocení vývoje komunikačních dovedností jednotlivce uvádím některé autentické výroky studentů, vystihující většinu zúčastněných. „ Tento předmět by

měl probíhat celé studium, nestačila jsem si procvičit všechny dovednosti, které bych chtěla.“ „Líbilo se mi konfrontovat svůj názor s ostatními.“ „Diskuze mi pomohla nebát se vystoupit před ostatními.“ „Zbavila jsem se ostychu obhájit svůj názor.“ „Jsem si jistější ve svém projevu.“ „Zjistila jsem, jak je těžké myslet na svůj neverbální projev a přitom smysluplně mluvit.“ „Poznal jsem, jak asi působím na ostatní.“ „Ze začátku hrůza, pak jsem se naučila se na sebe dívat.“ „Věřím si.“ „Vyzkoušela jsem si i věci, které můžu uplatnit v osobním životě.“ „Dalo mi to více, než rok výuky teorie.“ „Pochopil jsem, proč si těžko získávám důvěru.“ Už vím, jak naslouchat.“ „Sám k sobě jsem neměl důvěru.“ „Chtělo by to zopakovat si některé věci i v dalším roce.“ „Krátký čas na to, abych se naučila nemyslet na své mimické projevy, když mluvím.“

Oblast přínosu videa jako aktivizující výukové metody byl hodnocen studenty v naprosté většině pozitivně. Počáteční ostych z přítomnosti videokamery, obavy z kritiky zúčastněných, obavy z vlastního vystoupení, z vlastních chyb byly pro studenty velmi zátěžovou situací. Jejich osobní rozhodnutí k natočení videozáznamů autentické komunikační situace pomohlo studentům překonat překážku, kterou mnozí považovali na začátku za nepřekonatelnou. To vyjadřují i některé jejich výroky: „Měla jsem strach, že nebudu umět odpovědět na všechny otázky pacienta.“ Měla jsem obavy, že budu dělat na videu věci, které si normálně neuvědomuji.“ Bála jsem se, co řeknou ostatní.“ „Najednou mi vadilo, že se na mě ostatní dívají.“ Znervózňovaly mě papíry, do kterých si ostatní zapisovali.“ Ze začátku mi vadila kamera, pak jsem se ale soustředila na to, o čem mám hovořit.“ „Je to děsivé se vidět.“ Většina respondentů uvedla, že obavy, vyplývající ze strachu před natáčením na videozáznam nebyly opodstatněné, podle jejich výroků bylo nutné se zaměřit na obsah simulované situace a zcela se „ponořit“ do rozhovoru s nemocným. Videozáznam tedy splňuje požadavky kontinuálního pozorování vybraných komunikačních dovedností studentů, ovšem za předpokladu analýzy a pochopení pre-fáze, ve které se student připravuje na cílené pozorování a zaměřuje svou pozornost na vybrané kategorie komunikačních dovedností. Není-li tato pre-fáze dostatečně analyzována, může být další průběh pozorování komunikačních dovedností značně zavádějící.

Přínos videozáznamů a jeho analýzu studenti hodnotili jako nejužitečnější metodu, jakou se mohou připravit na komunikaci s pacientem v reálném klinickém prostředí, i když si uvědomují, že jediné praxí nabydou požadované zkušenosti. Za pozitiva, která této metodě přisuzují, je možnost kdykoliv se vrátit k problematice části hovoru, opakovaně si promítnout způsob neverbální reakce na emoční projevy pacienta, vyhodnotit kvalitu a

adekvátnost svých odpovědí, posoudit projev dalších neverbálních signálů svého těla vůči pacientovi, možnost pracovat se stresem a zvládat obavy z veřejného výstupu.

K celkovému pozitivnímu evaluačnímu hodnocení lze ve výsledku dodat doporučení některých účastníků, že by hodinám komunikace měla být věnována maximální pozornost po celou dobu studia, měly by být procvičovány všechny základní dovednosti ne jen formou jednorázových her, ale nácvikem a vytvořením videozáznamů by tyto měly být analyzovány a konzultovány. Momentem, ve kterém se řada účastníků rozchází, je názor na provedení zpětné vazby po natočení vlastního výstupu. Lze konstatovat, že větší část respondentů se přiklání k analýze výstupu ve skupině, kdežto menší část studentů preferuje analýzu individuální, v rámci konzultačních hodin vyučujícího. Oba typy provedení zpětné vazby mají své výhody a nevýhody a jejich implementace závisí na vzájemné počáteční dohodě s účastníky skupiny. Zajímavým se jeví fakt, že v akademickém roce 2013/2014 a 2014/2015, kdy účastníci hodnotili své komunikační dovednosti ve fázi před výukou přísněji než v ostatních letech, byla preferována zpětná vazba po videotréninku formou individuální analýzy videozáznamu před i po výuce.



## ZÁVĚR

Bohatství, které jedinec získává v podobě vlastní zkušenosti, se odvíjí od nasazení, které do aktivity při výuce vkládá. Cílem každé vyučovací hodiny s tematikou komunikace zůstává všestranný rozvoj směřující k harmonii osobnosti. Slovem prožitek lze akcentovat aktivitu prožívání, především jeho přítomnostní charakter. Jestliže však tento prožitek uplyne do minulosti a my se k němu po určité době vrátíme, můžeme tento modus označit jako zážitek. Cílem výchovy prožitkem je získání určité trvalejší podoby prožité události, jejíž výsledky můžeme uplatnit i v jiných situacích. Tuto formu pak můžeme nazývat zkušeností. Zkušenost nezískáváme pouze přímým prožíváním, naopak, většina zkušeností i poznatků pramení ze sociálního sdílení a komunikace, z přejímání zkušeností druhých. Tento moment je zásadním ve výuce volitelného předmětu „Komunikační dovednosti“ na 2. LF UK. Je patrné, že nácvik, který je zaměřen na vybrané komunikační dovednosti budoucích lékařů, je vzhledem k časové dotaci krátký, avšak lze zaznamenat pozitivní přístup studentů k užívání aktivizujících metod výuky a zvýšenou motivaci ke zvládnutí dalších komunikačních dovedností, kterým se z uvedených důvodů nelze detailně věnovat. Je nasnadě, že komunikační dovednosti týkající se například sdělování špatných zpráv, řešení konfliktních situací, efektivní rozpoznávání emocí pacienta, stanovení informační potřeby pacientů, diskuze o eutanazii by se měly rozvíjet cíleně po celou dobu studia a měly by doprovázet výuku každého klinického oboru. Je nutné si uvědomit fakt, že nácvikem komunikace podporujeme nejen komunikační dovednosti lékaře, ale především rozvíjející se vztah mezi lékařem a pacientem založený na úctě, důvěře a respektu. Lze soudit, že nácvik komunikačních dovedností by si zasluhoval větší prostor, jelikož člověk je bytost individuální, tak i zvládání a osvojování komunikačních dovedností je uplatňováno individuálním tempem. Prostor, kterého lze při nácviku komunikačních dovedností studentů všeobecného lékařství využít je malý, avšak při volbě účinné vyučovací metody podporující aktivitu studenta lze alespoň částečně splnit nároky kladené na výstupní dovednosti studentů. Mohu tedy konstatovat, že cíle práce, které jsem stanovila při zahájení výzkumu, byly splněny. Podařil se prokázat posun v sebehodnocení vstupních a výstupních dovedností v rámci osobního komunikačního indexu u každého studenta, i přes nedostatečnou časovou dotaci, které je tematika komunikace v povinném předmětu věnována. V neposlední řadě se prokázalo využití metody videotréninku interakcí jako efektivní při nácviku komunikačních dovedností, které patří v lékařské péči k těm nejdůležitějším.

Studenti všeobecného lékařství dělají z medicínského pohledu mnoho elementárních chyb a nelze připustit, aby se učili s pacienty komunikovat jen metodou pokusu a omylu. Je pro ně žádoucí naučit se jednat s lidmi. V rozvoji osobnostních a sociálních dovedností je adekvátní respektovat jedinečnost studenta, který vstupuje do vztahů s pacienty svým příznačným způsobem. Bylo by odvážné předpokládat, že bude každý jedinec myslet a chovat se stejně jako většina. Rozdílná úroveň mezi jedinci ve vrozené pohotovosti projevovat a přijímat společenskou vstřícnost, sdílet své city a přizeň k ostatním je výzvou k vytvoření takového programu rozvoje osobnostně-sociálních dovedností, který umožňuje účinné, aktivní a emocionální zapojení studentů ve výuce. Atmosféra jistoty, otevřenosti a důvěry je nezbytným předpokladem účinného nácviku dovedností.

Závěrem lze konstatovat, že základem pro poskytování kvalitní a profesionální lékařské péče je kromě zvládnutí klinických dovedností také osvojení dovedností komunikačních. Aby mohl být lékař ve své profesi úspěšný, předpokládá to splnění několika podmínek. Musí mít vědomosti nejen ze svého oboru, ale především z psychologie, etiky, pedagogiky a dalších vědních oborů, které mu pomáhají k sebepoznání, seberozvoji, poznání druhých. Musí umět realizovat, řídit, vytvářet příznivé interakční klima, hodnotit, provádět sebereflexi. Musí mít zájem, musí chtít. Jak uvádí Holeček je pro úspěšnost důležité využít maximální kapacity mozku, tedy i té, která při racionálním uvažování odpočívá. „*Proto je třeba obohatit myšlenku o emoci, touhu...*“ (Holeček, 2014, s. 92). Jako poslední podmínku úspěchu lékaře v profesním životě lze uvést mít příležitost, vytvoření předpokladů a vhodných podmínek pro svou práci. Osvojení sociálních a komunikačních dovedností má pozitivní dopad na spokojenost pacientů, dodržování léčebného režimu a zkracování doby léčby. Komunikace je všeho základem. Je zdrojem informací o nás samotných, o jevech, o ostatních lidech, je zdrojem inspirace, učení, poznávání, porozumění, kritiky i uznání, zdrojem emocí, zážitků, bezpečí a jistoty, zdrojem hledání smyslu, pravdy, zdrojem pomoci. Zvládnutí komunikace je vysoce sofistikovaný proces. Je důležité léčit nemoc, ale důležitější je pečovat o celého člověka, i jeho duši. Slovo a dotyk pomohou často pacientovi více než injekce nebo pilulka. Komunikace je základní klinickou dovedností a nezbytnou komponentou klinické kompetence. Včasnou, kontinuální a kvalitní přípravou může být lékař připraven poskytovat léčebnou péči na té nejvyšší úrovni.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

AHSEN, Noor - BATUL, Syeda - AHMED, Ahsen – IMAM, Sardar – IQBAL, Humaira – SHAIMSHAIR, Khayyam. et al. 2010. Developing counseling skilil stroughprerecordedvideos and role play: a pre- and post-intervention study in pakistanmedicalschool. BMC MedicalEducation. 2010. Vol. 10, Issue 11, 7 p. DOI:10.1186/1472-6920-10-7.

ANG, Marigene. 2002. Advanced CommunicationSkills: Conflict Managementand Persuasion. Academic Medicine, 2002. Vol. 77, Issue 11, 1166 p.

AUNE, Kelly, R. – KIKUCHI, Toshiyuki. 1993. Effects of language intensity similarity on perceptions of credbility, relational attributions, and persuasion. Journal of language and Social Psychology. 1993. Vol. 12, Issue. 3,224 – 238pp.

ASPEGREN, Knut. 1999. Teaching and leasing communication skills in medicine – a review with quality gradiong of articles. Medical Teacher. 1999. Vol. 21, No. 6. ISSN 0142-159X.

BAŠTECKÁ, Bohumila – GOLDMANN, Petr. 2001. Základy klinické psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.

BELZ, Horst - SIEGRIST, Marco. 2001. Klíčové kompetence a jejich rozvíjení. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 375s.ISBN 80-7178-479-6.

BENNER, Patricia - SUTHPEN, Moly – LEONARD, Victoria – DAY, Lisa. 2010. Educating nurses: a call for radical transformation. Jossey-Bass, San Francisko, 2010. 260 p. ISBN 978-0-470-45796-2.

BORG, James. 2007. Umění přesvědčivé komunikace. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1971-9.

BOSCART, Veronique. 2009. A communication intervention for nursing staff in chronic care. Journal of Advanced Nursing. 2009. Vol. 65, Issue 9, 1823 – 1832. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05035.x

BOWLES, Nick – MACKINTOSH, Carolyn – TORN, Alison. 2001. Nurses communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. Journal of Advanced Nursing. 2001. Vol. 36, Issue 3, 347 – 354 pp. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01979.

BURNARD, Philip – MORRISON, Paul. 1991. Nurses interpersonal skills: a study of nurses perceptions. Nurse Education Today. 1991. Vol. 11, Issue 1, 24 – 29 pp. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90121-P](http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917(91)90121-P)

CAMPBELL, Elizabeth – WEEKS, Chur – WALSH, Ram – SANSON-FISHER, Rob. 1996. Training medical students in HIV/AIDS test counselling: results of a randomized trial. Medical Education. 1996. Vol. 30, Issue 2, 134 – 141 pp.

CIRBES, Milan. 1990. Všeobecná didaktika pre vyučujúcich na 2. a 3. stupni škôl. Košice: UPJŠ, 1990, 265s.ISBN: 8070970537.

COLLINS, G. Lauren – SCHRIMMER, Anne – DIAMOND, James – BURKE, Janice. 2011. Evaluating verbal and non-verbal communication skills in an ethogeriatricOSCE. Patient Education and Counseling. 2011. Vol. 83, Issue 2, 158 – 162 pp. DOI: 10.1016/J.PEC.2010.05.012.

CRAIG, J. Lobb. 1992. Retention of interviewing skills learned by first- year medical students: a longitudinal study. Medical Education. 1992. Vol. 26, Issue 4, 276 – 281 pp. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1992.tb00169.x.

CRONBACH, Lee J. 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951. Vol 16, Issue 3, 297–334pp. DOI:10.1007/bf02310555.

ČERNÝ, Miroslav. 2009. Struggles and compromises within the methodology of doctorPatient interaction research In Slovak Studies in English II. Bratislava: Comenius University, 2009, s. 46-51. ISBN 978-80-89137-56-5.

DANIELS, Thomas G et al. 1988. Using microcounselling to teach RN nursing students skills of therapeutic communication. Journal of Nursing Education. 1988. Vol. 27, Issue 6, 246 – 252 pp.

DE VITO, Joseph. 2008. Základy mezilidské komunikace. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

DUNNETT, Charles, William. 2012. A multiple comparisons procedure for comparing several treatments with a control. Journal of the American Statistical Association. 2012. Vol. 50, Issue 272, 1096–1121 pp. ISSN 0162-1459. DOI:10.1080/01621459.1955.10501294.

EVANS, Barry J. – STANLEYS, Robb O. – BURROWS, Graham D. 1992. Communication skills training and patients satisfaction. Health Communication. 1992. Vol. 4, Issue 2, 155 – 170 pp. DOI:10.1207/s15327027hc0402\_5.

EVANS, Barry J. – COMAN, G. Jennifer – GOSS, Bob. 1996. Consulting skills training and medical students inmterviewing efficiency. Medical Education. 1996. Vol. 30, Issue 2, 121 – 128 pp. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1996.tb00729.x.

FESTA, M. Laura – BALIKO, Beverly – MANGIAFICO, Tony – JAROSINSKI, Judy. 2000. Maximizing learning outcomes by videotaping nursing students interactions with standardized patient. Journal of Psychological Nursing & Mental Health Services. 2000. Vol. 38, Issue 5, 37 – 44 p. ISSN 0279-3695.

FILIPEC, Josef. 2007. Slovník spisovné češtiny. 4. vyd. Praha: Academia. 2007. 647s. ISBN 978-80-200-1347-7.

FILOVÁ, Hana, et al. 2002. Vybrané kapitoly z obecné didaktiky. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 95 s. ISBN 80-210-2798-3.

GAVORA, Peter. 2000. Úvod do pedagogického výzkumu. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GILLERNOVÁ, Ilona – KREJČOVÁ, Lenka a kol. 2012. *Sociální dovednosti ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 248 s. ISBN 978-80-247-3472-9.

GILES, Howard – MULAC, Anthony – BRADAC, James, J. – JOHNSON, Patricia. 1987. Speech accomodation theory: The first decade and beyond. In McLaughlin, Margaret, L.: *Communication yerbook 10*. International Communication Association, Routlege: UK, 1987. Vol. 10, 13 – 48pp. ISBN 978-0-415-87691-9.

GRACE, Rebekah, et al. 2009. Working in integrated child and family services: A case for specialised skills and understanding. *Developing Practice: The Child, Youth and Family Work Journal*. 2009. Vol. 24, 13 – 21 pp. ISSN 1445-6818.

GRECO, Michael et al. 1998. Real patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Family Practice*. 1998. Vol. 15, Issue 1, 51 – 57 pp. DOI: 10.1093/fampra/15.1.51.

HAYS, Richard B. 1990. Self-evaluation of videotaped consultations. *Teaching and Learning in Medicine*. 1990. Vol. 2, Issue 4, 232 – 236 pp. DOI:10.1080/10401339009539466.

HERZG, Bardo – GRAFE, Silke - REINHOLD, Peter. 2004. Reflexives Lernen mit digitalin Video – zur Auseinandersetzung mit them teorie-Praxisverhältnis in der Lehrerausbildung. In WELZEL, Manuela – STADLER, Helga. *Nimm' doch mal die Kamera! Nutzung von Video für die Professionalisierung in der Lehrerausbildung*. Munster: Waxmann, 2004. s. 45 – 64.

HOLEČEK, Václav. 2014. *Psychologie v učitelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 224 s. ISBN 978-80-247-3704-1.

HOLUB, Jiří - HRKAL, Jakub – PÁZLEROVÁ, Vlasta. 2004. Světové šetření o zdraví v České republice. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004. 95 s. ISBN 807280-419-7.

HONZÁK, Radkin. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN80-7262-032-0.

HURST, Bernice. 1994. *Encyklopedie komunikačních technik*. Praha: Grada, 1994. 304 s. ISBN 80-85424-40-1.

CHRÁSKA, Miroslav. 2010. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANÍK, Tomáš. 2009. *Možnosti rozvíjení didaktických znalostí obsahu u budoucích učitelů*. Brno: Paido, 2009. 150 s. ISBN 978-80-7315-176-8.

JASPERS, Karl. 1991. *Úvod do filozofie*. Praha: Karolinum, 1sv. 1991. ISBN80-7066-4312.

JEFFERS, Jim M. – GUTHRIE, Darrel W. 1988. Self-assessment via videotaping to maximize teaching effectiveness. *Journal of continuing education in nursing*. 1988. Vol. 19, Issue 5, 223 - 226 pp.

JURÁSKOVÁ, Dana. 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In PTÁČEK, Radek – BARTŮNĚK, Petr. 2011. Etika a komunikace v medicíně. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 239 – 246 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

KALHOUS, Zdeněk, - OBST, Otto a kol. 2002. Školní didaktika. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 447 s. ISBN 80-7178-253-X.

KENDRICK, Tony - FREELING, P. 1993. A communication skills course for preclinical students: evaluation of general practice based teaching using group methods. *Medical Education*. 1993. Vol. 27, Issue 3, 211 – 217 pp. DOI: 10.1111/j.13652923.1993.tb00259.x.

KNAPP, Mark L. – HALL, Judith A. – HORGAN, Terrence. 2013. Nonverbal communication in human interaction. 8th ed. Boston: Wadsworth. 2013. ISBN 978-1-13331159-1.

KOMENSKÝ, Jan Amos. 1960. *Vybrané spisy J. A. Komenského: Svazek II*. 1. vyd. Praha: SPN, 1960. s 487.

KOLÁŘ, Zdeněk – ŠIKULOVÁ, Renata. 2007. *Vyučování jako dialog*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 132 s. ISBN 978-80-247-1541-4.

KOTÁSEK, Jiří. 2001. Národní program rozvoje vzdělávání v České republice – Bílá kniha. 2001. Praha: MŠMT, Ústav pro informace ve vzdělávání, 98s. ISBN 80-211-03728.

KOTRBA, Tomáš - LACINA Lubor. 2011. Aktivizační metody ve výuce. 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Barristera Principal, 2011. 185 s. ISBN 978-80-87474-34-1.

KRAMER, David. et al. 1989. Increasing empathy among medical students. *Medical Education*. Vol. 23, Issue 2, 168 – 173 pp.

KURELOVÁ, Milena. 2009. Didaktické zásady. In KALHOUS, Zdeněk – OBST, Otto. Školní didaktika. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 447 s. ISBN 978-80-7367-571-4.

LAHN, Wilhelm. 1972. Ein Modell zur Didaktik. Das System der Lehrfunktion. In *Die Deutsche Schule*. 1972, č. 64 (9), s. 565 – 578.

LEE, Carmen, M. – GUDYKUNST, William, B. 2001. Attraction in initial interethnic interaction. *Journal of Intercultural Relations*. 2001. Vol. 25, Issue 4, 373 – 387pp.

LÉBL, Jan - PROVAZNÍK, Kamil - HEJCMANOVÁ, Ludmila et al. 2007. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. s. 8. ISBN 978-80-7262-438-6.

LEVINSON, Wendy - LESSER, Cara S. - EPSTEIN, Ronald M. 2010. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*, 2010, Vol. 29.Issue 7. pp. 1310-1318.

- LINHARTOVÁ, Věra. 2007. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1. vyd. Praha: Grada. 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- LLOYD, Hilary – CRAIG, Stephen. 2007. A guide to taking a patients history. Nursing Standard. 2007. Vol. 22, Issue 13, 42 – 48 pp.
- MAGUIRE, G. Peter et al. 1977. An experimental comparison of three courses in history taking skills for medical students. Medical Education. 1977. Vol. 11, Issue 3, 175 – 182 pp.
- MAGUIRE, G. Peter – FAIRBAIR, N. Susan - FLETCHER, Charles. 1986. Consultation skills of young doctors: I-Benefits of feedback training in interviewing as students persist. British Medical Journal. 1986. Vol. 292, Issue 6535, 1573 – 1576 pp.
- MANGRULKAR, Leena, - WHITMAN, Cheryl, - POSNER, Marc. 2001. Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2001. 23p.
- MAŇÁK, Josef – ŠVEC, Vlastimil. 2003. Výukové metody. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
- MAREŠ, Jiří. 2013. Pedagogická psychologie. 1. vyd. Praha: Portál. 2013, 704 s. ISBN 978-80-262-0174-8.
- MAREŠ, Jiří – CHROBÁK, Ladislav. 1990. Výcvik budoucích lékařů v komunikování s nemocnými. *Lékařské zprávy*, LF UK Hradec Králové, roč. 35, č. 9-10, s. 275 – 281. ISSN 0457-4206.
- MARTEAU, Theresa M. et al. 1991. Factor influencing the communication skills of first year clinical medical student. Medical Education. 1991. Vol. 25, Issue 2, 127 – 134 pp. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1991.tb00038.x.
- MARTIN, Matthew, M. – ANDERSON, Carolyn, M. 1995. Roommate similarity: Are roommates who are similar in their communication traits more satisfied? Communication Research Reports. 1995. Vol. 12, Issue 1, 46 – 52pp.
- MATĚJŮ, Petr. 2009. Bílá kniha terciárního vzdělávání. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2009. 81s. ISBN 9788025445198.
- McCROSKEY, James. C. - RICHMOND, Virginia. P. – McCROSKEY, Linda. L. 2006. The Role of Communication in Instruction: The first Three Decades. In GAYLE, Barbara, M. - PREISS, Raymond W. - BURREL, Nancy - Allen, Mike. *Classroom Communication and Instructional Processes. Advances Throug Meta-Analysis*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Publishers, 2006, 15 – 28pp. ISBN 0-8058-4423-6.
- McDONALD-WICKS, Lesley – LEWETT-JONES, Tracy. 2012. Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. JBI Library. 2012. Vol. 10, No. 28 Suppl. ISSN 2202-4433.
- McEWEN, Abayomi – KRASZEWSKI, Sarah. 2010. Communication Skills for Adult Nurses. Ed. 1 st. London: McGraw- Hill. 170 p. ISBN: 9780335237487.

McGILTON, Katherine – IRWIN-ROBINSON, Heather – BOSCART, Veronique – SPANJEVIC, Lily. 2006. Communication enhancement:nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. Issues and Innovations in Nursing Practice. 2006. Vol. 54, Issue 1, 35 – 44 pp. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03787.x.

MERTIN, Václav – KREJČOVÁ, L. 2012. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. 1. vyd. Wolters Kluwer ČR, 2012. 344 s. ISBN 978-80-7357-679-0.

MIKULÁŠTÍK, Milan. 2008. Komunikační dovednosti v praxi. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

MOTSCHNIG, Renate – NYKL, Ladislav. 2011. Komunikace zaměřená na člověka – Rozumět sobě i druhým. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 172 s. ISBN 978-80-247-3612-9.

MOULE, Pam et al. 2008. Student experiences and mentor view of the use of simulation for learning. Nurse Education Today. 2008. Vol. 28, Issue 7, 790 – 797pp. DOI: 10.1016/j.nedt.2008.03.007.

NELMS, Tommie – JONES, Josephine – GRAY, D. Patricia. 1993. Role Modeling: A Method for Teaching Caring in Nursing Education. Journal of Nursing Education. 1993. Vol. 32, Issue 1, 18 – 23p.

NIELSEN, Stein – BAERHEIM, Anders. 2005. Feedback on videorecorded consultation in medical teaching: why student loathe and love it – a focus-group based qualitative study. BMC Medical Education. 2005. Vol. 5, Issue 28. DOI:10.1186/1472-6920-5-28.

Nerovnosti ve vstřícnosti zdravotnického systému. 2007. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 16 s. ISBN 978-80-7280-706-2.

OBDRŽÁLEK, Zdeněk a kol. 2003. Didaktika pre študentov učiteľstva základnej školy. Bratislava: Univerzita Komenského, 2003. 180s. ISBN 80-223-1772-1.

OBDRŽÁLEK, Zdeněk. 1997. Didaktika: pre študentov učiteľstva základnej školy. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1997. 87s. ISBN 802231238X 80-223-1238-X.

PARRY, H. Ruth – BROWN, Kay. 2009. Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done? Physiotherapy. 2009. Vol. 95, Issue 4, 294 – 301 pp. DOI: 10.1016/j.physio.2009.05.003.

PATIDAR, Bhai Anurag. 2012. Communication and Nursing Education. Pearson Education India. 2012, 377 p. ISBN 978-81-317-8839-4.

PATOČKA, Jan. 1997. *Komeniologické studie I*. 1. vyd. Praha: Oikoymenth, 1997. 426 s. ISBN 8086005526 80-86005-52-6.

PETLÁK, Erich. 2004. Všeobecná didaktika. 2. vyd. Bratislava: Iris, 2004. 311s. ISBN 8089018-64-5.



PETTY, Geoffrey. 2008. Moderní vyučování. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.

PODLAHOVÁ, Libuše a kol. 2012. Didaktika pro vysokoškolské učitele. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 160 s. ISBN 978-80-247-4217-5.

POSKIPARTA, Marita – LIIMATAINEN, Leena – KETTUNEN, Tarja. 1999. Nurses self-reflection via videotaping to improve communication skills in health counseling. Patient Education and Counseling. 1999. Vol. 36, Issue 1, 3 – 11 pp. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00069-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00069-X).

PRŮCHA, Jan – WALTEROVÁ, Eliška – MAREŠ, Jiří. 2009. Pedagogický slovník. 6. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. 395 s. ISBN 9788073676476 978-80-7367-647-6

PTÁČEK, Radek – BARTŮŇEK, Petr. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

QUIRK, Mark – BABINEAU Robert A. 1992. Teaching interviewing skills to students in clinical years: a comparative analysis of three strategies. Journal of Medical Education. 1992. Vol. 57, Issue 12, 939 – 941 pp.

RAJASHREE, K. 2011. Training program in communication skills for health care professionals and volunteers. Indian Journal of Palliative Care. 2011. Vol. 17, Issue 4, 12 – 13 pp. DOI: 10.4103/0973-1075.76232.

RAZAVI, D et al. 1993. The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. European Journal of Cancer. 1993. 29A, 369 – 375 pp.

RIEGER, Zdeněk – VYHNÁLKOVÁ, Hana. 1996. Ostrov rodiny. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1996. 246 s. ISBN 80-901773-8-7.

ROHLÍKOVÁ, Lucie – VEJVODOVÁ, Jana. 2012. *Vyučovací metody na vysoké škole*. Praha: Grada, 2012. 288 s. ISBN 978-80-247-4152-9.

ROTER, Debra, L. – LARSON, Susan – SHINITZKY, Harold et al. 2004. Use of an innovate video feedback technique to enhance communication skills training. Medical Education. 2004. Vol. 38, Issue 2, 145 – 157 pp.

RUTTER, D. R. – MAGUIRE, G. Peter. 1976. History taking for medical students. II – evaluation of a training programme. Lancet. 1976. Vol. 308, Issue 7985, 558 – 560 pp. DOI:10.1016/S0140-6736(76)91805-5.

RYCHTERA, Jiří. 2002. Oborová didaktika v systému vzdělávání učitele chemie. In BÍLEK, Martin. (ed.). Profil učitele chemie. I. Sborník plenárních přednášek XI. Mezinárodní konference o výuce chemie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, s. 15 – 20.

ŘEZÁČ, Jaroslav. 1998. Sociální psychologie. Brno: Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-8593148-6.

SHULMAN, Lee. S. 1987. Knowledge and teaching: Foundations of the new reform. *Harvard Educational Review*, 1987. Vol 57, Issue 1.

SITNÁ, Dagmar. 2009. Metody aktivního vyučování. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7367-246.

SKALKOVÁ, Jarmila. 2008. Obecná didaktika. 2. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-1821-7.

SLAVÍK, Milan. 2012. Vysokoškolská pedagogika. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-4054-6.

SMITH, D. K. et al. 1995. Training obstetricians and midwives to present screening tests: evaluation of two brief interventions. *Prenatal Diagnosis*. 1995. Vol. 15, Issue 4, pp. 317 - 324. DOI: 10.1002/pd.1970150404.

SVATOŠ, Tomáš. 2006. *Kapitoly ze sociální a pedagogické komunikace*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2006. 158 s. ISBN 978-80-7435-002-3.

SVOBODA, Mojmír. 2010. Psychologická diagnostika dospělých. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, 343 s. ISBN 978-80-7367-706-0.

ŠIMONÍK, Oldřich. 2005. Úvod do didaktiky základní školy. Brno: MSD Brno, s.r.o., 2005. 140 s. ISBN 80-86633-33-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda – KRÁLOVÁ, Jaroslava. 2009. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

TAMBURINO, Mario B. et al. 1990. Assessment of a brief interviewing course using the helping relationship inventory: an interviewing course assessment. *Medical Teacher*. 1990. Vol. 12, Issue 3 – 4, 273 – 277 pp. ISSN-0142-159X.

TRAVALINE, John M. - RUCHINSKAS, Robert - D'ALONZO, Gilbert E. Patient-physician communication: why and how. *J Am Osteopath Assoc*, 2005, 105.1: 13-8.

TUBBS, Stewart, L. - MOSS, Sylvia. 2000. Human Communication. 8 ed. Boston: McGraww-Hill, Inc., 2000, 530 p. ISBN 0072292679.

VALENTA, Josef. 2006. *Osobnostní a sociální výchova a její cesty k žákovi*. 1. vyd. Kladno: Aisis, 2006. 226 s. ISBN 80-239-4908-X.

VALENTA, Josef. 2010. *Učíme (se) komunikovat*. 2. vyd. Kladno: Aisis, 2010. 215 s. ISBN 978-80-904071-5-2.

VALENTA, Josef. 2013. *Didaktika osobnostní a sociální výchovy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-4473-5.

VALÍŠOVÁ, Alena - KASÍKOVÁ, Hana a kol. 2008. Pedagogika pro učitele. 1. vyd.

VORLÍČEK, Chrudoš. 2000. Úvod do pedagogiky. 1. vyd. Jinočany: H &H Vyšehradská, 2000. 175 s. ISBN 80-86022-79-X.

VYBÍRAL, Zbyněk. 2009. Psychologie komunikace. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 320s. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Jan. 2008. Průvodce úspěšnou komunikací. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

VÝROST Jozef – DOBEŠ, Marek. 2004. Social Competence and Social Cohesion. Člověk a společnost. 2004. Roč. 7. č. 4. [http://www.saske.sk/cas/archiv/4-2004/vyrost\\_dobes.html](http://www.saske.sk/cas/archiv/4-2004/vyrost_dobes.html)

VÝROST, Jozef - SLAMĚNÍK, Ivan. (Eds.) 2010. Sociální psychologie. 2. přepr. a rozšíř.

WAITZKIN, Howard. 1984. Doctor – patient communication. Clinical implication of social scientific research. *Jama*: 1984. Vol. 252, Issue 17, pp. 2441 – 2446.

WALLACE, Susan. 2009. *A Dictionary of Education*. Oxford: Oxford University Press. 2009, 335 p. ISBN-13: 9780199212064.

WATZLAWICK, Paul. 1998. Jak skutečná je skutečnost? Hradec Králové: Konfrontace. 1998. 234 s. ISBN 80-86088-00-6.

YALOM, Irvin, D. 2004. Chvála psychoterapie. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 244 s. ISBN 80-7178-894-5 998.

ZALIHIC, Amra – OBRDALJ, Edita, Č. 2014. Fundamental communication skills in medical practice as minor elective subject. *Acta Medica Academica*. 2014. Vol. 43, Issue 1. 87-91 pp. DOI: 10.5644/ama2006-124.105.

ZICK, Amanda - GRANIERI, Michael - MAKOUL, Gregory. First-year medical students' assessment of their own communication skills: a video-based, open-ended approach. *Patient education and counseling*, 2007, Vol. 68. Issue2. pp. 161-166.

ZORMANOVÁ, Lucie. 2012. Výukové metody v pedagogice. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 160 s. ISBN 978-80-247-4100-0.

Internetové zdroje:

DAŇKOVÁ, Šárka - HOLUB, Jiří - LÁCHOVÁ, Jitka. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011, 240, 32 p. [cit. 2015-06-07]. ISBN 80-728-0916-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008>

Nemocnice ČR 2015. *HealtCare Institute o.p.s: Nejlepší nemocnice* [online]. 2015 [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/>

HOLUB, Jiří - HRKAL, Jakub – PÁZLEROVÁ, Vlasta. Světové šetření o zdraví v České republice. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2004, s. 95, 2010 - 2013 [cit. 2013-06-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/vyberovasetreni-studie/svetove-setreni-zdravi>

JANÍK, Tomáš. 2011. Didaktika obecná a oborová: Pokus o systemizaci pojmů. Akreditační komise České republiky: Didaktika obecná a oborová [online]. Brno: Centrum pedagogického výzkumu, 2011, 10. 05. 2011 [cit. 2013-06-29]. Dostupné z: [http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/article/279/didaktika\\_obecna\\_a\\_oborova\\_Janik.pdf](http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/article/279/didaktika_obecna_a_oborova_Janik.pdf)

Kolektiv autorů. Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: Bílá kniha. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: Ostatní dokumenty [online]. Praha, 2001, 2007 [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/bila-kniha-narodni-program-rozvoje-vzdelavani-v-ceske-republice-formuje-vladni-strategii-v-oblastivzdelavani-strategie-odrazi-celospolecenske-zajmy-a-dava-konkretni-podnety-k-praci-skol>

McCARTHY, Bernice et al. 2013. About learning: Helping teachers and students with learning that matters. 4MAT [online]. Brown Street, Illinois 684: 4matters - A newsletters about learning [cit. 2013-07-03]. Dostupné z: <http://www.aboutlearning.com/>

Mezinárodní klasifikace vzdělání: ISCED 97. In: Český statistický úřad: Metodika [online]. Praha, 2008 [cit. 2013-08-18]. ISBN 978-80-250-1723-4. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/klasifikace\\_isced\\_97/\\$File/isced\\_97.pdf](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/klasifikace_isced_97/$File/isced_97.pdf)

Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání - ISCED. Český statistický úřad: Klasifikace a číselníky [online]. Praha, 2008, 2013 [cit. 2013-07-03]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/mezinarodni\\_standardni\\_klasifikace\\_vzdelavani\\_isced\\_](http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/mezinarodni_standardni_klasifikace_vzdelavani_isced_)

MILAN, Felise B. - PARISH, Sharon J. – REICHGOTT, Michael J. A Model for Educational Feedback Based on Clinical Communication Skills Strategies: Beyond the "Feedback Sandwich". *Teaching and Learning in Medicine* [online]. 2006, **18**(1): 42-47 [cit. 2015-08-24]. DOI: 10.1207/s15328015t1m1801\_9. ISSN 1040-1334. Dostupné z: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15328015t1m1801\\_9](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15328015t1m1801_9)

Národní deskriptory českého kvalifikačního rámce. In: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: projekty [online]. Praha, 2012 [cit. 2013-08-20]. Dostupné z: <http://fim.uhk.cz/refimat/doc/NarodniDeskriptory.pdf>.

Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání Q RAM. In: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: projekty [online]. Praha, 2012 [cit. 2013-08-20]. Dostupné z: <http://qram.reformy-msmt.cz/>

Nerovnosti ve vstřícnosti zdravotnického systému. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: mimořádné publikace [online]. Praha, 2007, 2010 - 2013 [cit. 2013-06-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/nerovnosti-ve-vstricnostizdravotnickeho-systemu>

SLUKOVÁ, Petra Zia. 2007. *Informace a komunikace - Informační věda: Komunikace informací* [online]. Praha, 2007. In: Univerzita Karlova Praha: Ústav informačních studií a technologií, s. 60 [cit. 2015-10-22]. Dostupné z: [www.informacniveda.cz/dwn/1003/1158\\_komunikace\\_informaci.pdf](http://www.informacniveda.cz/dwn/1003/1158_komunikace_informaci.pdf)

R CORE TEAM. 2013. R:A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. [online].Vienna, Austria. 2013 [cit. 2014-07-26]. Dostupné z:<http://www.lsw.uni-heidelberg.de/users/christlieb/teaching/UKStaSS10/Rrefman.pdf>

RIESS, Helen, Gordon KRAFT-TODD a Michael J. REICHGOTT. E.M.P.A.T.H.Y: Beyond the "Feedback Sandwich". *Academic Medicine* [online]. 2014, **89**(8): 1108-1112 [cit. 2015-08-24]. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000287. ISSN 1040-2446. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>

THORSTEINSSON, Hrund S. - SVEINSDÓTTIR, Herdís. Readiness for and predictors of evidence-based practice of acute-care nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2014, Vol. 28. Issue 3: 572-581 [cit. 2015-08-24]. DOI: 10.1111/scs.12083. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12083>.

VOHRADSKÝ, Jiří. *Výukové metody*. Pedagogická fakulta ZČU Plzeň, 2009. Dostupné také z: [http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwiGuoqb-cLHAhXC1hoKHfqGBr8&url=http%3A%2F%2Fwww.cdmvt.zcu.cz%2Fstorage%2Fnavody%2FSimbartl\\_Stich\\_Omlouvame\\_se\\_zaciname%2Fkurz%2FHTML%2Fm01%2Fvyukovemetody.doc&ei=sbLbVcadFcKta\\_qNmvgL&usg=AFQjCNFYl-hjAMWC-av9obOsj64THFjzDw](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwiGuoqb-cLHAhXC1hoKHfqGBr8&url=http%3A%2F%2Fwww.cdmvt.zcu.cz%2Fstorage%2Fnavody%2FSimbartl_Stich_Omlouvame_se_zaciname%2Fkurz%2FHTML%2Fm01%2Fvyukovemetody.doc&ei=sbLbVcadFcKta_qNmvgL&usg=AFQjCNFYl-hjAMWC-av9obOsj64THFjzDw)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and health information systems: Programmes and projects [online]. 2013 [cit. 2013-06-30]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health system responsiveness: Programmes and projects [online]. 2000, 2013 [cit. 2013-06-30]. Dostupné z: <http://www.who.int/responsiveness/en/>

## SEZNAM TABULEK

**Tabulka 1** *Hodnocení vstřícnosti (v %) z pohledu pacienta*

**Tabulka 2** *Pořadí důležitosti oblastí vstřícnosti v České republice*

**Tabulka 3** *Přehled předmětů se zaměřením na komunikaci*

**Tabulka 4** *Klasifikace výukových metod*

**Tabulka 5** *Konfidenční interval dovednosti IA pre a post v jednotlivých letech*

**Tabulka 6** *Konfidenční interval dovednosti IB pre a post v jednotlivých letech*

**Tabulka 7** *Konfidenční interval dovednosti IIA pre a post v jednotlivých letech*

**Tabulka 8** *Konfidenční interval dovednosti IIB pre a post v jednotlivých letech*

**Tabulka 9** *Konfidenční interval dovednosti I ( $A + B$ ) pre a post*

**Tabulka 10** *Konfidenční interval dovednosti II ( $A+B$ ) pre a post*

**Tabulka 11** *Konfidenční interval dovedností celkově pre a post*

**Tabulka 12** *Příslušnost jednotlivých výroků k jednotlivým shlukům*

**Tabulka 13** *Odvozené váhy pro každý výrok*

**Tabulka 14** *Konfidenční intervaly pro průměrný OKI mužů během jednotlivých ročníků před a po výuce*

**Tabulka 15** *Konfidenční intervaly pro průměrný OKI žen během jednotlivých ročníků před a po výuce*

**Tabulka 16** *Porovnání mezi jednotlivými ročníky výuky*

**Tabulka 17** *Konfidenční interval OKI u absolventů a neabsolventů*

## SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1** *Rozdíl v komunikačních dovednostech kategorie IA pre a post*
- Obr. 2** *Porovnání komunikačních dovedností IA v jednotlivých letech*
- Obr. 3** *Porovnání komunikačních dovedností IB pre a post*
- Obr. 4** *Porovnání komunikačních dovedností IB v jednotlivých letech*
- Obr. 5** *Porovnání komunikačních dovedností IIA pre a post*
- Obr. 6** *Porovnání komunikačních dovedností IIA v jednotlivých letech*
- Obr. 7** *Porovnání komunikačních dovedností IIB pre a post*
- Obr. 8** *Porovnání komunikačních dovedností IIA v jednotlivých letech*
- Obr. 9** *Porovnání komunikačních dovedností I (A i B) pre a post*
- Obr. 10** *Porovnání komunikačních dovedností I (A i B) v jednotlivých letech*
- Obr. 11** *Porovnání komunikačních dovedností II (A i B) pre a post*
- Obr. 12** *Porovnání komunikačních dovedností II (A i B) v jednotlivých letech*
- Obr. 13** *Porovnání komunikačních dovedností celkově pre a post*
- Obr. 14** *Porovnání komunikačních dovedností celkově v jednotlivých letech*
- Obr. 15** *Počet shluků nutný k vysvětlení určitého procenta variability modelu*
- Obr. 16** *Histogramy rozložení osobních komunikačních indexů před a po výuce*
- Obr. 17** *Porovnání osobního komunikačního indexu před a po výuce*
- Obr. 18** *Hierarchická shluková analýza nad výroky v rámci OKI u obou pohlaví současně*
- Obr. 19** *Hierarchická shluková analýza nad výroky v rámci OKI u mužů*
- Obr. 20** *Hierarchická shluková analýza nad výroky v rámci OKI u žen*
- Obr. 21** *Porovnání hodnot OKI studentů v jednotlivých letech*
- Obr. 22** *Porovnání OKI studentů před a po výuce v jednotlivých letech*
- Obr. 23** *Hodnoty OKI u absolventů a neabsolventů*

## **SEZNAM ZKRATEK**

ČSÚ	Český statistický úřad
ISCED	International Standard Classification of Education
2. LF UK	2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
ÚZIS	Ústav zdravotnických studií a informatiky
WHO	World Health Organization



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA A** Dotazník hodnocení osobního komunikačního indexu

**PŘÍLOHA B** Pozorovací arch pro videozáznam

**PŘÍLOHA C** Struktura závěrečné evaluace předmětu

**PŘÍLOHA D** Tematické situace pro tvorbu scénářů

## PŘÍLOHA A

### DOTAZNÍK HODNOCENÍ OSOBNÍHO KOMUNIKAČNÍHO INDEXU

- Muž
- Žena

Rok

Číslo

#### Můj sociálně – komunikativní obraz

Zde se Vám naskýtá příležitost zamyslet se nad svým komunikačním chováním v jednotlivých situacích.

K níže uvedeným otázkám doplňte číselně Vaši míru nesouhlasu nebo souhlasu s jednotlivými výroky (od **1 – naprosto nesouhlasím** až **5 – zcela souhlasím**) do symbolů, uvedených na konci výroku nebo jeho části.

1. Často přemýšlím o tom, jak se chovám k druhým lidem.//
2. Často přemýšlím o tom, jak se druzí chovají ke mně.//
3. Stává se mi často, že až po proběhlé situaci, jednání, události vím, jak jsem se měla zachovat, co jsem měl/a říci.//
4. Stojím si za svými názory // a dovedu druhé lidi o nich přesvědčit.//
5. Nejvíce mi vyhovují kontakty s rodiči a blízkými // , méně jistý/á se cítím mezi kamarády a známými // , často nezvládám náhodná setkání s cizími lidmi // a je mi velmi nepříjemné povídat před větším počtem cizích lidí a vnímat jejich reakce na mou řeč.//
6. Myslím, že při komunikaci s druhými lidmi je nejdůležitější vědět co chci říci a jak to chci říci.//
7. Občas mi dělá problém přijmout odlišný názor // , zvláště, je-li mi ten člověk nesympatický.//
8. Se schopností dorozumět se, komunikovat s druhými lidmi se lidé rodí // a není mi platná žádná komunikační příprava.
9. Kdybych se měl/a vybrat mezi monologem a dialogem, pak si určitě vyberu monolog // , protože je pro mne jednodušší a nehrozí nebezpečí všetečných otázek od posluchačů.//
10. Při dialogu s druhým člověkem mi více vyhovuje, když mohu jen naslouchat a někdy se přidat nějakou poznámkou.// Vždyť umění „naslouchat jiným“ je stejně důležité jako umění „vyjádřit svou myšlenku.“//
11. Před důležitějším setkáním (událostí) se zpravidla připravuji na to, co řeknu a jak to řeknu// , vžívám se do situace, jaké to asi bude.// Rozhodně nejsem „improvizační typ.“//
12. Často se mi stává, že při setkání „lovím“ vhodná slova, opakuji se a v duchu nadávám na svou slovní zásobu.// Je to hlavně tehdy, když moc myslím na toho s kým mluvím a snažím se, aby to správně pochopil.//
13. Někdy bych si přál/a lépe vyslovovat, aby mi druzí lépe rozuměli.//
14. Často se mi stává, že používám k vyjádření obsahu sdělení příliš složitá souvětí // , čímž vytvářím zmatek v komunikaci.
15. Velice mě znervózňuje, když někdo nerozumí tomu, co říkám // a dává mi to mimoslovně najevo.//
16. Čas od času bojuji s tím, že můj hlas je nevýrazný a není slyšet tam, kde je třeba.//
17. Ať hovořím s kýmkoliv, ať jsem sebevíce nervózní, mohu se vždy spolehnout na to, že můj slovní projev bude dostatečně jistý a plynulý.//
18. Daleko větší potíže mám s pohybovým projevem.//
19. Při důležitějších setkáních nevím např. co s rukama// , co s nohama.//

20. Druhý člověk snadno na mém obličeji pozná, jak mi je a jak jsem nervózní.//
21. V mém neverbálním projevu však není všechno jen špatné, např. zvládám dívat se druhému do očí i když mě zrovna nechválí.//
22. Občas při rozmluvě s druhým člověkem cítím napětí v těle a nejsem uvolněný/á.//
23. V takových situacích si zpravidla uvědomuji, že stojím strnule a toporně.// Dát ruce do přirozené polohy se mi příliš nedaří.//
24. Při rozhovoru s druhým člověkem si jasně uvědomuji, jak jsme daleko od sebe // a jaký vliv má vzdálenost na komunikaci.//
25. Při rozhovoru s druhým člověkem si uvědomuji jeho postoj těla // a jak na mne působí.//
26. Důležitější setkání zpravidla začínají a končí podáním ruky. Vnímám to záměrně / , protože se mi daří z doteků poznat „o koho jde.“ //
27. Mou schopnost komunikace výrazně ovlivňuje prostředí / , ve kterém se rozhovor odehrává. Naopak mě vůbec neovlivňuje postavení osoby, se kterou komunikuji. //
28. Mám zájem odstranit nedostatky v mém projevu.// Obtíž je v tom, že zatím nevím, jak na to. // Jsem si vědom/a, že určitým řešením by byl videozáznam mého vystoupení a jeho analýza.//

## PŘÍLOHA B

### POZOROVACÍ ARCH

Prosíme, zaznamenejte do jednotlivých sloupců kvalitu níže uvedených kategorií tak, jak je budete vnímat při výstupu vaší kolegyně/vašeho kolegy. K záznamu použijte stupnici od 1 – zcela **nevyhovující** do 5 – zcela **vyhovující**.

KD I - Aktivní naslouchání																
Iniciály studenta																
<b>Kategorie I/A</b>																
<b>Verbální aktivní naslouchání</b>																
povzbuzení																
objasnění																
zrcadlení																
parafrázování																
sumarizace																
<b>Kategorie I/B</b>																
<b>Neverbální aktivní naslouchání</b>																
udržení pohledu																
postoj																
gestikulace																
mimika																
pohyby																
vzdálenost																
KD II - Předávání informací																
<b>Kategorie II/A</b>																
<b>Verbální stránka předávání informací</b>																
stručnost																
výstižnost																
srozumitelnost																
přehlednost																
plynulost																
volba odborných výrazů																
práce s hlasem																
<b>Kategorie II/B</b>																
<b>Neverbální stránka předávání informací</b>																
udržení pohledu																
postoj																
gestikulace																
mimika																
pohyby																
vzdálenost																

## PŘÍLOHA C



### STRUKTURA ZÁVĚREČNÉ EVALUACE PŘEDMĚTU 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha

Předmět:	KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI
Forma evaluace:	skupinová
Metoda evaluace:	diskuse
Délka trvání:	30 – 40 minut
Počet účastníků:	15 – 20
Uspořádání učebny:	židle do kruhu
Didaktické pomůcky:	flipchart, barevné fixy, diktafon pro pořízení audiozáznamu

1. Jak dalece Vás volitelný předmět obohatil o odborné poznatky pro Vaši praxi?
2. Co byste změnil/a na dosavadním průběhu výuky volitelného předmětu komunikační dovednosti?
3. Co jste postrádala ve výuce volitelného předmětu komunikační dovednosti?
4. V čem vidíte přínos výuky komunikace pro Vaši osobu?
5. Jak hodnotíte používání videa v rámci výuky volitelného předmětu?

## **PŘÍLOHA D**

### **TEMATICKÉ SITUACE PRO TVORBU SCÉNÁŘŮ**

1. Hodgkinova nemoc – muž, 30 let, manažer velké společnosti, krátce ženatý, malé dítě - půlroční chlapec, hypotéka na rodinný dům.
2. Fahrova nemoc – muž, 38 let, vedoucí oddělení pro styk s veřejností, rodina finančně závislá na jeho výdělku, 1 dítě, manželka v domácnosti.
3. Mentální anorexie – chlapec, 15 let, student osmiletého gymnázia, chce být modelem, rodiče rozvedeni, zájmy vrcholový sport.
4. Freibergův – Kohlerův syndrom – muž 38 let, dělnická profese (zedník, tesař), samoživitel 2 nezletilých dětí.
5. Diabetes melitus – chlapec 13 let, 8. třída ZŠ, rodina harmonická, otec tesař, matka kuchařka, 2 mladší sourozenci.
6. Status epilepticus – vysvětlit rodičům, jejich dítě u kterého se stav objevil je jedináček, 4 letá holčička, první stav, nejsou provedena veškerá vyšetření, sociálně střední vrstva.
7. Obsedantně – kompulsivní porucha – žena 45 let, matka 2 dětí v pubertálním věku, harmonické manželství, účetní v soukromé firmě – vysvětlit manželovi prognózu, komplikace, těžkosti, které mohou plynout z uvedené dg.
8. Westphalův – Leydenův syndrom – muž, 50 let, instalatér, soukromá živnost, vdovec, dospělé děti, bydlí sám v rodinném domku, děti navštěvují nepravidelně.
9. Maffucciho syndrom – mladá, 20letá sportovkyně, atletka, vrcholový sportovec, úspěšná, individuální studijní plán na VŠ, bez volného času na kamarády, bez přítele.
10. Rettův syndrom – vysvětlit rodičům, prokázán u jejich dcery, rodiče vysoké postavení v mezinárodní firmě, časté služební cesty, znalost cizích jazyků, materiální zabezpečení rodiny vysoké.
11. Hemofilie – muž 26 let, přijat s krvácením, tvorbou hematomů. Manažer ve vysoké funkci soukromé firmy, často cestuje do zahraničí, zkušenosti s vedením zahraničních prezentací, Svobodný, zájmy vodní pólo.
12. Idiopatická trombocytopenická purpura – žena 26 let, lékařka, uvažující o založení rodiny.
13. Münchhausenův syndrom – vysvětlit manželce podstatu onemocnění, další vývoj, léčbu, prognózu onemocnění manžela.
14. Oddiho syndrom – muž 45 let, rozvedený, v péči 2 děti, samoživitel, zaměstnání - stavební práce.
15. Sweetův syndrom – mladý muž, těsně před maturitou, přijímacími zkouškami na VŠ.

16. Tinelův syndroma – žena, 47 let, asistentka ředitele, kancelářská činnost, samoživitelka, 2 děti na střední škole.

17. Ebsteinova anomálie – vysvětlit stav novorozence rodičům, vysokoškoláci, 1. dítě

18. Westphalův – Bernhardův syndrom – muž, ženatý, rodina se dvěma malými dětmi, žena na mateřské dovolené, soukromá živnost, živitel rodiny.

19. Kleinův – Waardenburgův syndrom – slečna 18 let, výborná studentka gymnázia, v budoucnosti se chce stát modelkou nebo herečkou, zažila i posměch pro svou zvláštnost.

20. Guillainův – Barréův syndrom - muž ve středním věku, neúplná rodina, děti ve střídavé péči, žije sám, pracuje manuálně, je zaměstnancem velké firmy, která v tomto období propouští své zaměstnance v rámci úsporných opatření.